ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOTHERAPIE

UND IHRE GRENZGEBIETE EINSCHLIESSLICH DER MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE UND PSYCHISCHEN HYGIENE

ORGAN DER ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON

E. KRETSCHMER
MARBURG

R. SOMMER
GIESSEN

SCHRIFTLEITUNG

R. ALLERS
WIEN

A. KRONFELD
BERLIN

I. H. SCHULTZ
BERLIN



BAND 5 JULI 1932 7. HEFT
(53)

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND IHRE GRENZGEBIETE

Herausgegeben von Prof. Dr. E. Kretschmer, Direktor der Univ.-Nervenklinik Marburg und Prof. Dr. R. Sommer, Direktor der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen, Am Steg 12 / Jährlich erscheinen 12 Hefte, monatlich ein Heft. Gesamtumfang 50 Bogen = 800 Seiten / Preis M. 36 – (ausschließlich Porto) / Das Honorar für Originalarbeiten beträgt M. 100.— für den 16seitigen Druckbogen. Außerdem erhalten die Herren Mitarbeiter von ihren Originalbeiträgen 50 Sonderdrucke kostenlos geliefert. Ein Mehrbedarf muß bei Rücksendung der Fahnenkorrektur angegeben werden.

ANSCHRIFTEN DER SCHRIFTLEITUNG:

FÜR DEN ORIGINALIENTEIL: Dr. med. et phil. **Arthur Kronfeld,** Berlin W 10, Hohenzollernstraße 3 und Professor Dr. **I. H. Schultz,** Berlin Westend, Lindenallee 15.
FÜR DEN REFERATENTEIL: Privatdozent Dr. med. **R. Allers,** Wien IX, Schwarzspanierstraße 17.

INHALT DIESES HEFTES:

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Dr. med. **Franz Pollak,** Prag XII, Legerova 84 — Dr. **H. Vorwahl,** Harburg E 1, Hoppenstedtstr. 59 — Dr. **E. Bien,** Wien VIII, Florianigasse 1

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

I. AKTUELLES

Aus einer Anfrage an die Berliner Ortsgruppe und der erteilten Antwort:

Anfrage.

„Ich bin seit $1^1/_2$ Jahren in X. als Nervenarzt niedergelassen. Nach Ausbildung am Berliner psychoanalytischen Institut bezeichne ich mich als „Psychoanalytiker" und habe deshalb Differenzen mit dem Ärztlichen Bezirksverein, der diese Bezeichnung als „standeswidrig" ansieht und behauptet, sie sei abwegig, weil die psychoanalytische Behandlung in die Tätigkeit jedes Nervenarztes mit einschlage."

Antwort.

„Die Ausübung spezieller ‚großer' Psychotherapie, insbesondere der Psychoanalyse ist nicht Gemeingut nervenärztlicher Tätigkeit, sondern an eine bestimmte Spezialausbildung gebunden, die im Falle schulgerechter Psychoanalyse den psychoanalytischen Studiengang und Eigenanalyse des Arztes enthalten muß, da sonst bei der komplizierten Spezialtechnik und den ausgedehnten Sonderkenntnissen ein sachgemäßes Arbeiten nicht möglich ist."

II. ORIGINALIEN

Dr. FRANZ POLLAK:

ZUM PROBLEM DES MASOCHISMUS

(Ein Beitrag zur Pathologie des seelischen Schmerzes)

Das Fechnersche Gesetz über die Tendenz zur Erhaltung der Stabilität und dessen Erweiterung durch Freud dahingehend, daß der seelische Apparat die ihm zuströmenden Erregungen zu verarbeiten habe, scheint eine ebenso merkwürdige als auffallend unverständliche Ausnahme in der Erscheinung des Masochismus zu finden. Wenn nämlich dem Lustprinzip für gewöhnlich die Aufgabe obliegt, Unlust zu vermeiden und Lust zu gewinnen,

dann ist der Masochismus im höchsten Grade unökonomisch zu nennen. Beruht ja sein Wesen darin, daß Schmerz und Unlust ihres Warnungscharakters gänzlich entkleidet sind und das Lustprinzip als Wächter unseres Seelenlebens geradezu lahmgelegt erscheint, da beide unter dem völligen Wechsel ihres biologischen Vorzeichens zum Ziel menschlicher Strebungen werden.

Daß Unlust und Schmerz als stärkste Lust empfunden werden können, ist so auffällig und belastet die Tragfähigkeit analytischer Lehren dermaßen stark, daß Freud in einer Abhandlung über „Das ökonomische Problem des Masochismus" zu der Frage Stellung nimmt, wie diese Eigenart mit dem sonstigen Betrieb des seelischen Haushaltes zu vereinbaren sei. Freud gelangt zu Schlüssen, die ihn eine Dreiteilung des Masochismus in einen erogenen (M. sensu strict. oder Algolagnie), femininen (Haltung der Lebensweise im Sinne behavioristischer Psychologie) und einen moralischen (Integral unbewußter, meist erst während einer psychotherapeutischen Behandlung hervortretender Schuldgefühle) annehmen lassen. Die größte klinische Bedeutung beansprucht fraglos die erogene Form und ihr gegenüber treten die zwei anderen Spielarten fast in den Hintergrund, wofern sie überhaupt anerkannt werden.

Eine genaue Bestimmung des Begriffes Masochismus scheint gegenwärtig wieder aktuell zu sein; so ist Ewald erst kürzlich, offenbar einem vielfach empfundenen Bedürfnis entsprechend, in begrüßenswerter Entschiedenheit der Überdehnung der Begriffe Masochismus und Sadismus entgegengetreten. Seine Ansicht, auf der psychiatrischen Klassifikation Kraepelins fußend, geht dahin, diese beiden Ausdrücke für die ausschließlich auf das Sexuelle gerichteten Triebanomalien zu reservieren; damit soll die gegenwärtig vielfach vorkommende Verdünnung dieser Bezeichnungen vermieden werden, da sie oft genug nur zur Charakteristik der beiden Extreme menschlicher Verhaltungsweisen — hier Tendenz zur Macht, dort zur Ohnmacht — verwendet werden. Denselben Standpunkt hat schon früher Kronfeld vertreten, indem er unter den Perversionen den Masochismus als sexuelle Triebanomalie genau von den masochistischen Neigungen innerhalb eines meist neurotischen Charakteraufbaues unterschieden wissen will. Interessant ist der Hinweis dieses Autors, daß unter den Masochisten am häufigsten die sensitiven Psychopathen vertreten sind, eine Erfahrung, die auch unser Fall zu bestätigen scheint. Wenn im folgenden von Masochismus gesprochen wird, dann ist damit nur die rein sexuell unterlegte Triebanomalie gemeint.

Nach Ansicht Freuds soll der erogene Masochismus, mit dem wir uns jetzt näher zu beschäftigen haben, durch einen Wettstreit der Lebens- und Todestriebe im mehrzelligen Organismus zustandekommen, indem die Libido den ursprünglich auf die Vernichtung des einzelnen abzielenden Todestrieb

dadurch seiner Gefährlichkeit entkleidet, daß sie ihn bei niederen Lebewesen auf deren Muskelschlauch, bei höher entwickelten auf die quergestreifte Muskulatur ableitet und ihm so ein Ventil zur Energieabfuhr nach auswärts beschafft. Was dann nach Absinken des Energiegefälles noch an unverbrauchten Erregungsquanten zurückbleibt (da diese gegen die Außenwelt nicht verwendet werden konnten), wendet sich nun gegen das Innere des eigenen Organismus und erscheint als des primären Sadismus eng gekoppelter Widerpart, nämlich als masochistische Tendenz. Wieweit diese Anschauung nur den entwicklungsgeschichtlichen, mehr biologischen Tatbestand berücksichtigt, bzw. wieviel sie an psychischem Einbau unberücksichtigt läßt, soll uns erst später beschäftigen; hier wollen wir mit der Krankengeschichte eines Falles von Masochismus einsetzen, der vielleicht geeignet ist, neben einigen Streiflichtern zur Auffassung der Algolagnie zu dem interessanten Problemkreis des seelischen Schmerzes einen Beitrag zu liefern.

Es handelt sich um einen zur Zeit der Behandlung 36jährigen Patienten, der in Athen geboren ist. Sein Vater hat sich daselbst aus den bescheidensten Anfängen zum Möbelfabrikanten emporgearbeitet und eine bedeutende Rolle im öffentlichen Leben Griechenlands gespielt. Seine Frau, eine Deutschrussin aus dem Baltikum, hatte er auf einer Berufsreise kennengelernt. Als einziges Kind dieser Eltern besuchte Pat. die Volks- und Mittelschule in Athen, studierte nachher Philosophie und wurde nach seiner Promotion Mittelschullehrer an einem Gymnasium. Während aus seiner Jugendzeit keine wesentlichen Ereignisse zu berichten sind und er in dieser Lebensperiode als ruhig dahinlebendes, verwöhntes Kind reicher Eltern galt, begann sich von seinem 12. Lebensjahre im Elternhause eine Wendung vorzubereiten, die für seine weitere Entwicklung von einschneidender Bedeutung werden sollte. Die nationalen und konfessionellen Verschiedenheiten beider Eltern und die im Laufe der Jahre sich immer mehr daraus steigernden kulturellen und lebensanschaulichen Differenzen hatten zwischen Beiden eine tiefe Kluft geschaffen, die noch dadurch vergrößert wurde, daß der Vater ein Verhältnis mit einer seiner Hausangestellten unterhielt, welches der Ausgangspunkt unerquicklicher und tiefer Eindrücke für den Sohn wurde, wobei er immer die Partei der Mutter hielt. Im 14. Lebensjahre des Pat. scheinen die ständigen Zwistigkeiten zu einem offenen Bruch geführt zu haben, was sich darin kundgab, daß der Vater Frau und Sohn in eine nördlich gelegene Gebirgsstadt sozusagen in die Verbannung schickte, um ungestörter daheim leben zu können. So lautete wenigstens die Darstellung des Pat., obwohl hier eine nicht zu verkennende Lücke, vielleicht sogar eine unbewußte Retouchierung besteht. Sie blieb auch lange während der Behandlung ungeklärt und konnte erst am Ende dieser aufgehellt werden, wovon später noch die Rede sein wird. Eine weitere Auffälligkeit im Rahmen dieser Lebensgeschichte liegt auch in folgender Angabe: Während dieses mehrjährigen Exils soll der Vater Frau und Kind mit so kärglichen Geldmitteln nachgeholfen haben, daß sie beide kaum genügend Mittel zum Leben hatten und so sah sich die Frau bald genötigt, eine Feinbäckerei zu eröffnen, um sie beide vor Verelendung zu bewahren, vor allem aber, um dem Sohn die entsprechende Erziehung zu geben. Von ihrem Mann wurde sie nach Athen erst anläßlich einer schweren Erkrankung zu-

rückgenommen und starb bald darauf an einem zu spät erkannten Magenkarzinom. Vom Tode seiner Mutter kann der Pat. auch heute noch nur mit tiefster Rührung und sichtlicher Ergriffenheit erzählen. Nach ihrem Ableben machte er sich lange Zeit Vorwürfe, daß er daran schuld sei; der Haß gegen den Vater war zu dieser Zeit so gesteigert, daß er ihm beim Begräbnis und in den darauffolgenden Wochen den Zutritt zum Grab verwehren wollte.

Etwa ein Jahr nach dem Tode der ersten Frau heiratete der Vater seine ehemalige Angestellte. Das Verhältnis zwischen ihr und dem Stiefsohne, der sie anfangs durchaus nicht anerkennen wollte, besserte sich aber zusehends, was dadurch erleichtert wurde, daß sie, eine ungemein primitive Natur, dem Stiefsohn sehr entgegenkam und Freude zeigte, wenn sie für ihn sorgen und ihn betreuen konnte.

Wohl hatten diese Ereignisse ihm viel von seiner inneren Ruhe und Festigkeit genommen, aber sie waren dennoch nicht imstande, seine reichen Anlagen zu entwurzeln. Denn schon als Oktavaner errang er mit einem Gedichtband „Abseits vom Licht“ [1]) einen vollen Erfolg und, als er nach einer kleinen Ruhepause von nur 4 Monaten mit einem Drama „Erlogene Reinlichkeit“ abermals vor die Öffentlichkeit trat, gehörte er bereits zu den gefeierten Dichtern seines Landes. So hatte er sich Zutritt zu maßgebenden Persönlichkeiten beschafft, griff nachher auch in die Politik ein und gründete und redigierte ein antimonarchistisches Blatt. Diese jäh aufsteigende Laufbahn vermehrte aber auch den Kreis der Neider und unmittelbar vor dem Umsturz in Griechenland wurde er unter dem Verdachte anarchistischer Propaganda verhaftet und zu einer mehrjährigen Freiheitsstrafe verurteilt. Hier im Gefängnis war neben seiner Zelle ein lepröser Verbrecher untergebracht. Die Angst, mit ihm zusammen zu kommen oder sein Eßbesteck zu erhalten, war so groß, daß er dieses Erlebnis auch viel später noch nicht verwunden hatte und selbst zur Zeit der Behandlung übernimmt in seinen Träumen die Lepra die Rolle der Angst kat exochen. Die wenige Monate später erfolgte Ausrufung der Republik in Griechenland brachte ihm zwar die Freiheit wieder, aber sein Vater war um sein ganzes Besitztum gekommen; er bekleidete zuletzt den Posten eines Bahnwächters und starb in elenden Verhältnissen. Erst an seinem Krankenlager hatte sich der Sohn mit ihm völlig ausgesöhnt.

Nun beendete Pat. schnell seine Studien und wurde Mittelschullehrer, in welcher Eigenschaft er die ersten Jugendräte an den Schulen seines Landes einführte; in einer neuerdings von ihm herausgegebenen Zeitung befürwortete er so lange die Einsetzung von Jugendgerichten, bis diese erstanden; schließlich gelangte er als Führer der Oppositionellen ins Parlament.

Über die Entwicklung des Sexualtriebes erzählt er, daß er sein erstes Erlebnis mit 11 Jahren hatte, als er während eines Bades im kalten Flußwasser eine Erektion und Ejakulation bekam. Zu einem normalen Verkehr ist er niemals fähig gewesen, obwohl er die verschiedensten Versuche anstellte. Eine wirkliche Zuneigung besaß er nur einmal zur Tochter eines Kunstgärtners. Das Mädchen, Malerin, eine sehr feinsinnige und gebildete Dame, war die einzige, die er geliebt hat und für die sein Gefühl auch heute, da sie längst verheiratet ist, das gleiche geblieben ist.

---

[1]) Aus Gründen unbedingt gebotener Verschleierung sind nur die Ortsbezeichnungen und die Titel der Werke — letztere bei gewahrter Sinngebung — verändert, ansonsten ist die vorliegende Krankengeschichte protokollmäßig nach den Aufzeichnungen des Pat. niedergelegt.

Schon sehr bald merkte er, daß ihm sexuelle Befriedigung nur auf eine etwas ungewöhnliche Art zuteil werde. Wenn er an eine Frau seiner Bekanntschaft dachte und sich vorstellte, ihr dienen zu müssen, dann trat das ein, was ihm als Sexualerregung von anderen bekannt war. Meist war die von ihm vorgestellte Frau mit männlichen Kennzeichen ausgestattet, groß, kräftig, häufig zu Pferde im Sportdreß reitend und gebot ihm in herrischer Weise besonders niedere Verrichtungen auszuführen, was seine Wollust am meisten steigern konnte. Dieses Bild entsprach dem Typus der „Herrin", wie er zu sagen pflegte und erst bei ihren Peitschenhieben stellte sich der Orgasmus ein.

Dieses Übel hatte er anfangs leicht genommen. Als es ihm später zur zweiten Natur geworden war und er Tag für Tag dagegen anzurennen versuchte, wurde das Verlangen nach dieser anormalen Befriedigung nur noch stärker. Zuletzt beanspruchte ihn dieser Kampf derart, daß er auch seine Schaffenskraft lähmte und die auf ihn gesetzten Hoffnungen als Dichter schwer enttäuschte. Einer seiner Freunde, dem er sich anvertraute, beschaffte ihm zur Beendigung eines größer angelegten historischen Werkes ein Staatsstipendium, mit dessen Hilfe er auch nach Prag gelangte. Die Zeit dieses Aufenthaltes benützte er, da er sich wieder mehr als früher im Kampf gegen das alte Leiden erschöpft fühlte, zur Behandlung.

Mit dieser Lebensgeschichte führte sich der Pat. im November 1929 ein. Sein Verhalten während der psychotherapeutischen Behandlung war durch inneren Hochmut und eine besondere Art von Überlegenheitsgefühl gekennzeichnet. Er war immer bereit, zu diskutieren und recht zu behalten, rechnete die Minuten der einzelnen Sitzungen nach und fühlte sich stets vernachlässigt. Er hatte die Werke fast sämtlicher analytischer Schulen gelesen und war scheinbar bereit, alles herzugeben. In Wirklichkeit aber verbarg sich hinter diesem Auftreten ein fast unüberwindlicher Widerstand, der in endlosen theoretischen Fragestellungen zum Ausdruck kam. Bald gab es nichts mehr, was von seinem Zweifel ausgespart blieb, er debattierte über die belanglosesten Kleinigkeiten und zeigte ein aufdringlich klebriges Wesen. Unter irgendeinem Vorwande kam er nach jeder Sitzung zurück und stellte neuerliche Fragen. In seinem Affekt war er äußerst labil, was sich einmal auch darin kundgab, daß er in höchster Erregung behauptete, der behandelnde Arzt hätte ihm nur zwei Finger der rechten Hand gereicht. Während der Dauer der Behandlung, die sich etwa über drei Monate erstreckte, war er in Gesellschaft einer Studentin seiner Heimatstadt, die er über Rat eines bedeutenden Psychiaters, ein komplementäres Verhältnis mit einer Sadistin einzugehen, durch ein Zeitungsinserat kennengelernt hatte. Die Bekanntschaft reichte schon ein Jahr zurück und bewegte sich damals in ruhigeren Bahnen. Ja er dachte sogar an eine Lösung, konnte sich aber dazu infolge Mitleid für das Mädchen nicht entschließen.

Mehr wie sonst mußte in diesem Falle auf die Besprechung des Traummaterials als einer der zentralen Einbruchsstellen zum Seelenleben des Pat. Wert gelegt werden. Schon im Beginne der Behandlung zeigte sich die

Eigentümlichkeit, daß Lepraträume in mehr oder minder starken Modifikationen nahezu stereotyp wiederkehrten. Diese Träume spielten sich meistens so ab, daß er in ein Haus gelangt, wo Lepra ist, oder er träumte von einer Person, sie wäre leprös, und er ergreift dann in panischem Schrecken die Flucht, auf der er vom Aussätzigen verfolgt wird. Da alle diese Träume anzuführen schon aus Gründen des Raumes nicht möglich ist, so mag ein besonders charakteristischer angeführt werden; er lautet:

„Ich komme in ein Haus, wo eine ältere Frau mit ihrer Tochter wohnt. Im Gesichte der Frau bemerke ich einen Fleck, der kreisrund ist, und ich frage, was das sei. Sie erzählt darauf, daß sie leprakrank war, aber schon genesen ist. Ich will die Flucht ergreifen, sie aber hält mich am Rock fest und sagt, es bestünde keine Gefahr mehr. Ich laufe davon, eile durch eine endlose Reihe von Zimmern und Gängen, verirre mich schließlich und ängstige mich furchtbar, daß die Frau mir folgen könnte. Da erwache ich schweißgebadet mit Herzklopfen."

Zu diesem Traum erzählt er das schon anamnestisch erwähnte Erlebnis aus der Haft und berichtet über seine große Angst, leprakrank zu werden, was sich zeitweilig bis zur fixen Idee steigert, er selbst sei schon leprös. Alle einschlägigen Werke kennt er und weiß, daß die Inkubationszeit in manchen Fällen bis zu zwanzig Jahren betragen kann. Auch die Angst, er könnte wahnsinnig werden, ist manchmal sehr bedrückend.

Nach Darstellung der reichlich bewegten Lebensgeschichte zeichnete sich die Behandlung dadurch aus, daß er, wie schon erwähnt, in fast monotoner Weise derartige Lepraträume vorbrachte. Zu einem jeden dieser Träume assoziierte er eine Fülle von Gedanken und Einfällen und Bestätigungen aus der Kindheit, die im einzelnen nicht angeführt werden sollen, da sie fast immer an der Oberfläche blieben und sich oft genug ins Uferlose verloren.

Im Verlaufe der Analyse erwähnte er einmal, daß er ein Geheimnis habe, er möchte etwas sagen, behalte sich aber die Zeit vor, es mitzuteilen. Er wird nun aufmerksam gemacht, daß ein solches Verhalten den Verlauf der Behandlung störe, aber sein Widerstand ist kaum zu überwinden. Endlich gesteht er unter großem Zögern, er habe einmal als Dreizehnjähriger seiner Mutter einen größeren Betrag von etwa hundert Drachmen gestohlen und nachher dieses Geld mit Kameraden verjubelt. Nach Hause gekommen, sei ein Bottich Salzwasser, in dem eine Rute stand, für ihn vorbereitet gewesen. Während er früher bei kleinen Diebstählen geschlagen wurde, ging er diesmal straflos aus, die Mutter weinte bitterlich, es kam aber zu keiner Bestrafung.

Nun konnte kein Zweifel mehr darüber sein, daß hinter der vorgestellten Schlageszene offenbar die Schlageszene der Mutter als Strafe für den Diebstahl auftrat und daß dahinter das Rätsel seines Masochismus wenigstens teilweise verborgen lag. Auf die Frage, wieso die arme Mutter zu einem derart hohen Betrag gekommen sei, kann er keine Auskunft geben. Ebenso wollte er nicht sagen, warum der Vater die Mutter zuerst so mangelhaft, später überhaupt nicht unterstützt habe, da er doch in diesem Falle der Schuldige war. Auf die Frage, weshalb er sich nicht beim Vater über dessen eigenartige Behandlung der Mutter erkundigt habe, erzählt er folgendes:

Kurz nach dem Ableben der Mutter wollte der Vater einmal dieses Thema anschneiden, er war gerade im Begriffe, das Sündenregister seiner Frau zu entrollen, da geriet der Sohn in solche Wut, daß er mit einem Sessel auf ihn losging und seinen Aufklärungen ein plötzliches Ende bereitete.

Es gab allerdings noch eine zweite Möglichkeit, über diesen Punkt Aufschluß zu bekommen, er hätte ja nur seine Stiefmutter befragen können, zu der er in sehr guten Beziehungen stand. Im weiteren Verlaufe der Behandlung kam auch zutage, daß sie versucht hatte, ihn zu verführen; und als er ihr einmal fast erlegen wäre, lief er im letzten Augenblick in großer Erregung davon. In dem Lepratraum haben wir scheinbar als aktuellen Anlaß die Flucht vor dem Inzest mit der Stiefmutter zu sehen, aber die Angelegenheit scheint noch tiefer determiniert zu sein.

Einer seiner späteren Träume lautet nämlich folgendermaßen:

„Meine Mutter behauptet, die Stiefmutter sei eine Nutte, sie hätte eine bewegte Vergangenheit. Sie läßt mich schwören, mit ihr darüber nicht zu sprechen und sie nicht zu fragen."

Daraus war zu ersehen, daß im Mittelpunkte dieser Neurose der Dirnenkomplex stand und damit stimmte auch überein, daß sich die meisten Träume des Pat. in der Rosengasse abspielten, woselbst sich ein Nachtlokal befand. Dieses war in nächster Nähe seiner Wohnung und er gibt später, etwas unwillig und gezwungen, die Erklärung ab, daß er mit dem Sohne des Nachtlokalbesitzers eine Zeitlang intime Freund- und Kameradschaft gehabt habe. Später erinnert er sich, daß ihn dieses Nachtkaffeehaus mit seinen Räumlichkeiten lange beschäftigt hat. Er will nie beobachtet haben, wer hereinging; denn er sei um jene Zeit ein so idealistischer Schwärmer gewesen, daß ihn die Sexualität und alles, was damit zusammenhing, durchaus nicht interessiert habe.

Diese Angaben stehen allerdings im schroffen Gegensatze zu seinen damaligen Diebstählen und wir gehen wohl nicht fehl in der Vermutung, dahinter ein psychisches Skotom anzunehmen, das sozusagen als Verteidigungs-

schanze gegen den Dirnenkomplex gerichtet ist und die bedeutsamste Einstellung zur Mutter verbergen soll. Die Annahme liegt nahe, daß seine Mutter wegen schlechter Alimentierung ihres Mannes den Unterhalt für sich und das Kind durch Beziehungen zu diesem Lokal bestritten habe.

Nach W. Stekel entsteht die masochistische Einstellung zur Frau durch eine Umkehrung der Wertigkeit der Mutter. Die Entwertung der Mutter wird überkompensiert, indem man aus der Mutter eine Gebieterin, eine Heilige macht — aus Magdalena wird Maria. Diese Umwertung der Werte, dieses Verwandeln einer Dirne in eine Heilige wird in zahlreichen Träumen unseres Pat. dargestellt, von denen nur zwei als besonders typisch hervorgehoben werden sollen. Der erste:

„Eine große Menschenmenge wirft Steine auf eine Dirne, die vor der Menge flieht und sich auf einen Hügel mit ausgebreiteten Armen hinstellt. In diesem Augenblicke verwandelt sich die Dirne in eine Nonne, alle Leute fallen zu Boden und beten kniend zu der Heiligen."

Noch bezeichnender als dieser ist der zweite Traum:

„Ein Bischof soll auf den Altar steigen und eine Messe lesen. Er weigert sich, da er sich nicht für würdig hält, dieses Amt zu vollziehen. Nun wird er mit Gewalt auf den Altar geschleppt, er will aber wieder davonlaufen. Jetzt wirft er sich auf den Boden und die ihm untergeordneten Priester beginnen ihn zu schlagen."

In beiden Träumen kommt deutlich zum Ausdruck, wie mit Gewalt eine Umwertung der Einstellung zur Mutter vorgenommen wird. Der erste Traum ist sehr durchsichtig, eine Dirne soll in eine Nonne verwandelt werden, im zweiten Traum sind die Beziehungen der gewaltsamen Erhöhung einer autoritativen Person zu den masochistischen Phantasien des Pat. enthalten.

Wir stehen hier dem Phänomen der Zertrümmerung des Autoritätsglauben gegenüber, dessen zentrale Bedeutung für die Entstehung der Zwangskrankheit von mir andernorts dargestellt worden ist. Aus dem vorliegenden Material müssen wir annehmen, daß es in früher Jugend des Pat. während der Verbannung aus Athen eine Zeit gegeben hat, wo er Zeuge des lockeren Lebenswandels seiner Mutter gewesen ist. Hier ist das Skotom, an dem er mit großer Hartnäckigkeit festhält. Die Lepra ist wohl das Symbol für den gesamten Dirnenkomplex und seine speziellen masochistischen Phantasien müssen zu diesem eine Verbindung haben. Das Geld, welches er damals entwendet hat, war durch verpönte Leistungen der Mutter verdient, seine Rache bestand darin, dieses Geld zu stehlen und mit Kameraden durchzubringen.

Hinter der masochistischen Schlageszene steht die Erinnerung, daß die Mutter eine Dirne gewesen ist.

Seine Einstellung zum Weibe ist durch die Formel gekennzeichnet, alle Frauen sind falsch, treulos und Dirnen, und du wirst ebenso betrogen werden, wie einst dein Vater betrogen wurde. Er befindet sich deshalb auf der Flucht vor dem Weibe und vor der wahren Liebe.

In diesem Zusammenhange gewinnt eine Angabe des Pat. über einen zeitlichen Zusammenhang des Auftretens der stereotypen Lepraträume an Bedeutung. Jedesmal, wenn die Gelegenheit besteht, mit einer Frau in Beziehungen zu treten, besonders aber dann, wenn die Frau seinen wirklichen Gefallen findet, meldet sich fast automatisch der Lepratraum gleichsam wie ein Warnungssignal: Hüte dich. Der Traum übernimmt hier Schutzfunktion.

Aber auch die Hemmung in seinem Schaffen, vor allem in seiner dichterischen Produktivität hängt offenbar damit zusammen, daß dieser unerledigte Komplex nach Abreaktion durch Darstellung drängt; es ist die Barriere, die er nicht überschreiten kann.

Andere Träume sind absolut sadistischer Natur und zeigen, daß sein ursprünglich gegen die Frauen und die Außenwelt gerichteter Sadismus jetzt nach innen gekehrt ist und der scheinbare Wille zur Unterwerfung unter die Frauen eine Fiktion ist, hinter der sich Haßgefühle verbergen.

Der Fall entspricht in seinem psychischen Anteil Entstehungsbedingungen, wie sie W. Stekel geschildert hat. Typisch ist an ihm nicht nur die Überkompensation einer Dirne zu einer Heiligen, sondern auch das Geheimnis, um das sich die ganze Krankheit gruppiert und von dem ich anderwärts zeigen konnte, daß es in kaum einer Neurose fehlend, durch fortschreitende Apposition allmählich zu der komplizierten neurotischen Tiefenstruktur heranwächst. Der Autoritätsglaube ist hier von beiden Seiten zerstört worden, vom Vater, der als treuloser Ehemann geschildert wird und von der angeblich schuldlosen Mutter, die vom Vater offenbar strafweise in die Fremde geschickt wurde.

Die Darstellung des Pat. erweist sich als eine Variante seines Familienromanes, der sogar zu offenen Phantasien führte, er wäre nicht der Sohn seines Vaters, sondern entstamme höheren Kreisen. Ein Wiegenlied ist deutlich in seiner Erinnerung. „Schlaf, Kindchen schlaf, dein Vater ist ein Graf, deine Mutter trägt die Königskron', du bist ein echter Fürstensohn." Diese Fiktion einer höheren Abstammung, einer großen historischen Sendung lebt heute noch in seiner Seele, er will der größte Dichter seines Volkes werden und glaubt, daß erst nach seiner Heilung die Kraft für das dichterische Schaffen kommen werde.

Therapeutisch stand man vor einer schweren Aufgabe. Die Fiktion und die Paraphilie hatte sich der Kranke offenbar errichtet, um sein Persönlichkeitsgefühl zu bewahren. Hatte man in einem solchen Falle das Recht, diese Fiktion zu zerstören? Mußte man nicht auf eine explosionsartige Wirkung rechnen? Das war um so mehr zu erwägen, als der Kranke Charakterzüge aufwies, die, wie eingangs beschrieben, ins Schizoide gingen. Seine Empfindlichkeit war besonders dem Arzt gegenüber sehr groß und kam gegen Ende der Behandlung noch einmal heftig zum Vorschein. Er meinte, daß der Arzt ihn verachte, ja er setzte sogar Zweifel in seine Diskretion und befürchtete, die Einzelheiten seines Leidens könnten mit Namen zur Kenntnis der Allgemeinheit gelangen.

Man zog es also vor, dem Pat. die Illusion der Heiligkeit der Mutter zu belassen, den ganzen Dirnenkomplex in seinen Familienroman einzubeziehen und ein therapeutisches Als-ob zu konstruieren, das die Fiktion bezüglich der Krankheit als Wirklichkeit gelten läßt. Es ist allerdings fraglich, ob auch diese Fiktion die Heilung herbeiführen wird, aber psychotherapeutische Erfahrung lehrt, daß sich mitunter Erkenntnisse endopsychisch auswirken, ohne direkt ins Bewußtsein zu gelangen. Vielleicht wird die Wahrheit, der er in seinen Träumen schon so nahe ist, irgendwie eine Erledigung seines Konfliktes herbeiführen, ohne daß er ihn geradezu bewußt verarbeitet. Sein Hauptkomplex zeichnete sich dadurch aus, daß er nicht abgekapselt war, überallhin diffundierte und wohl nur so die große Spaltung seiner Persönlichkeit herbeiführen konnte.

Am Schlusse der Behandlung wurde ihm der unbedingte Rat gegeben, seine Tätigkeit als Pädagoge sofort nach der Rückkehr in die Heimat wieder aufzunehmen, und im Vertrauen auf seine einstige Inspiration wieder zu schaffen, letzteres um so mehr, als nach dem Worte Tassos zu gewärtigen war, daß er vielleicht durch die Niederschrift eines autobiographischen Romanes „Der Sohn einer Dirne" genesen könnte.

Soweit die psychologische Auffassung des Falles, die jedoch allein nicht geeignet wäre, uns das große Rätsel des Masochismus begreifen zu lassen. Was bisher gezeigt werden konnte, sind nur die das Symptom bestimmenden Faktoren, etwa so wie nach Auflösung der Psychogenese einer Erythrophobie ein somatisch organischer Kern z. B. in Form einer Vasomotorenschwäche zurückbleibt und erst aus dem Zusammenwirken beider die Pathogenese dieser Affektion erfaßt werden kann.

Wenn wir uns nun dieser zweiten Seite des Problems „Masochismus" mehr vom Organischen her zuwenden, dann steht am Eingang der Diskussion die Frage: Wieso kommt es, daß von gewissen Menschen unter bestimmten Umständen Schmerz als Lust empfunden wird? Zur Beantwortung dieser Frage

wird es empfehlenswert sein, von einer Physiologie der Gefühle auszugehen, da sie das vorliegende Problem von einem bis zum anderen Extrem zu umspannen scheinen.

Die Annahme, daß ursprünglich ein Zustand der Gefühllosigkeit im Sinne des Nichtsfühlens bestanden habe, ist kaum von der Hand zu weisen und pathologische Erscheinungen auf diesem Gebiete, wie sie später noch angeführt werden sollen, machen diese Hypothese bis zu einem sehr hohen Grade wahrscheinlich. Ähnlich wie aus einem allseits homogenen Eisenkern, den wir dem eben angenommenen Zustande der Äquilibriertheit gleichsetzen wollen, durch gewisse Vorgänge zwei einander entgegengesetzt wirkende Stücke entstehen, ebenso werden durch den gleichen Vorgang der Entmischung aus jenem Urgefühlszustand die beiden Pole Lust und Schmerz. Gefühle werden also — und damit unterscheiden sie sich nach Wundt und Titchener neben anderen Kennzeichen von den Empfindungen — nach zwei Richtungen polarisiert. Die Fähigkeit, ein Gefühl nach diesem oder jenem Kontrapunkt differenzieren zu können, ist eine Eigenschaft, die dem Menschen keineswegs angeboren zu sein scheint. Sie bedarf vielmehr zu ihrer Entwicklung eine geraume Zeit und ist um so stärker ausgebildet, je weiter ihr Träger vorgeschritten ist. Damit hängt es auch zusammen, daß Kinder einen Schmerz mitunter erst nach viel längerer Zeit wie Erwachsene als solchen erkennen und darauf so reagieren, als wäre ihre Reizleitung und Reizverarbeitung verzögert.

Das Zustandekommen dieser polaren Diskrimination scheint verschiedenen Einflüssen unterworfen zu sein. Am geläufigsten ist die Tatsache, daß diese Fähigkeit in einem speziellen Abhängigkeitsverhältnisse zum Erregungsquantum steht und damit unter den größeren Rahmen des Schultz-Arndtschen Prinzipes fällt, nach welchem kleine Reize erregen, große dagegen bei Reizschwellenüberschreitung lähmen. Übergroßer Schmerz kann also unter bestimmten Bedingungen Schmerzlosigkeit hervorrufen, wofür eine Zwangskranke meiner Beobachtung ein treffendes Beispiel gibt.

Es handelt sich um eine 38jährige Pat. mit den verwickeltesten Zwangssystemen in Gedanken und Handlungen, die sich vor einiger Zeit einer eingreifenden Knochenoperation am Kiefer unterzogen hat — über ihren ausdrücklichen Wunsch ohne jegliche Schmerzbetäubung. Sie bat nur um Erlaubnis, fluchen zu können, setzte damit gleich beim ersten Schnitt ein und machte weiterhin ausgiebigen Gebrauch davon. Nach beendeter Operation, die ohne jede Schmerzbetäubung abgeschlossen wurde, bat sie um Entschuldigung, bedankte sich und gab an, nichts gefühlt zu haben.

Die Annahme liegt nahe, daß diese Pat. durch die Beschimpfungen ihre Affekte so lange steigert, bis sie in einen Affektrausch gelangt, der ihr das Überstehen des Eingriffes ohne künstliche Anästhesie ermöglicht. Der Affektrausch hätte hier gleichsam die Narkose ersetzt, was vom gegensätzlichen

Standpunkt die Erfahrungen Friedländers und Schilders mit der Hypnonarkose bestätigen, bei welcher durch vorangegangene einschläfernde Beeinflussung des Kranken Narkotikum ersetzt wird.

In dieselbe Richtung scheinen auch die so oft beschriebenen schmerzlosen Verletzungen Hysterischer an Haut und den inneren Organen, die Selbstverstümmelungen neurotischer und psychotischer Personen, die hypnotisch erzeugte, vielfach zu therapeutischen Zwecken wie zum Geburtsdämmerschlaf benützte Analgesie und vielleicht auch die sogenannten Wunderleistungen mancher Fakire zu verweisen. Alle erwähnte Erscheinungen verbindet die eine gemeinsame Tatsache, daß das Vorhandensein oder Fehlen, die Steigerung bzw. Herabsetzung der kutanen Sensibilität sowie der der inneren Organe von zerebralen Schaltungen abhängt, die vom Affektleben gewissermaßen reguliert werden können. Über diese Beziehungsverhältnisse liegen seit den vielfachen Arbeiten über den Zusammenhang von Hirnstamm und Psyche gesicherte Befunde vor, im besonderen aber wird die bisher nur hypothetisch angenommene Lenkbarkeit des Fühlens durch die experimentellen Arbeiten von Kroll und Altenburger wesentlich gestützt.

Es kann nicht überraschen, daß der speziell den Menschen kennzeichnende Besitz der polaren Diskrimination als relativ später Neuerwerb sich durch eine gewisse Unbeständigkeit auszeichnet wie sie den meisten dieser Errungenschaften zukommt, und es ist eine durchaus nicht seltene Erscheinung, daß es unter besonders konstellierenden Bedingungen zu einer Polumkehr kommen kann. Dies vermag soweit zu gehen, daß Lust und Schmerz als nahe beieinander gelegene Fühlqualitäten nach dem Prinzip „Gegensätze berühren einander" manchmal einem gegenseitigen Umschwung unterliegen und sich etwa so wie amphotere Elektrolyten verhalten. Der Grenzfall dieses vikariierenden Auftretens wäre gegeben, wenn beide Fühlqualitäten so unmittelbar knapp nacheinander verlaufen, daß sie subjektiv als synchron verlaufend empfunden werden.

Hier stehen wir der von der modernen Psychologie als Synästhesie beschriebenen Erscheinung gegenüber, die allerdings nach Darstellungen feiner Beobachter bedeutend älter zu sein scheint; man braucht nur an gewisse Aussprüche zu erinnern wie: „Est quaedam dolendi voluptas" oder „Der Bach der Schwermut führt auch Perlen mit." Wir müssen demnach annehmen, daß die verschiedentlich abgestufte Fühlskala, die aus einem Zustand der Undifferenziertheit Schmerz und Lust als beide Pole entstehen läßt, eine antinomische Relation darstellt, die gegebenenfalls jederzeit reversibel ist.

An dieser Stelle mag eine Ansicht Freuds wiedergegeben werden, der bei Besprechung der Quellen kindlicher Sexualität den Zusammenhang zwischen sensibel-sensorischen und sexuellen Fühlqualitäten diskutiert.

Freud meint, „daß die sexuelle Erregung auf frühen Entwicklungsstufen als Nebenwirkung bei einer ganzen Reihe innerer Vorgänge entstehe, sobald nur die Intensität dieser gewisse Grenzen überschritten habe". Er gibt weiterhin der Meinung Ausdruck, „daß vielleicht kein bedeutsamer Vorgang im Organismus entstehen könne, ohne gewisse Komponenten zur Erregung des Sexualtriebes abzugeben. Demnach müßte auch die Schmerz- und Unlusterregung dieselbe Folge nach sich ziehen. Diese libidinöse Miterregung bei Schmerz- und Unlustspannung wäre ein infantil physiologischer Vorgang, der späterhin versiegt."

Daß dieser Mechanismus nur versiegt, zeitweilig aber wieder aufleben kann, legen Selbstbeobachtungen und Berichte völlig normal empfindender Personen nahe. So ist bekannt, daß der so unangenehme, mitunter sogar schmerzhafte Beginn von Parästhesien — peripherer oder zentraler Entstehung — nach längerem Bestand ein Nichtsfühlen in der betreffenden Körpergegend auslöst, um dann bei ihrem Verschwinden ein gewisses Lustgefühl hervorzurufen, welchem bisweilen mehr oder minder deutliche Spuren einer sexuellen Miterregung beigemengt sind.

Ähnliches wird auch von sonst sehr unangenehm empfundenen Schmerzen angegeben. So berichten durchaus gesunde Menschen, daß auf den sehr unbeliebten Augenblick der Pulpaextraktion nach einem blitzartig schnell auftretenden Schmerz ein Lustgefühl folgt, das des eben beschriebenen Charakters nicht entbehrt. Lustvolle sexuelle Angewohnheiten des Schmerzzufügens und Schmerzerleidens gehören ebenso hierher.

In diesem Zusammenhange gewinnt die anamnestisch verzeichnete Angabe des Pat. an Bedeutung, daß er mit 11 Jahren während eines kalten Flußbades eine starke sexuelle Erregung bekommen habe. Intensive Reizung der Haut durch thermische Effekte erzeugt in früher Jugend des Pat. dasselbe wie im späteren Leben Hautreize durch das Geschlagenwerden. Wir ersehen daraus, daß hier Beziehungen zwischen dem Haut-Muskelsystem bestehen wie sie sonst höchstens als Rudimente zu diesem Zeitpunkt angetroffen werden. Man wäre fast versucht, von einer persistierenden Anastomose zu sprechen.

Fassen wir rückschauend zusammen, dann können wir die Erfahrungen des vorliegenden Falles auf das Problem des Masochismus verallgemeinernd, feststellen: Der Masochismus ist eine zur Synästhesie neigende Entwicklungshemmung, bei der erlebnismäßige Faktoren die Rolle der Auslösung und der Tiefenstruktur übernehmen.

Literaturverzeichnis:

Ewald: Münch. med. W. Nr. 42, 1931.
Freud: Ges. Schriften zur Neurosenlehre.
Friedländer: Hypnose und Hypnonarkose, Enke 1920.

Kronfeld: Sexualpsychopathologie, Aschaffenburgs Handb. d. Psych.
Kroll u. Altenburger: Z. Neur. 124.
Pollak: Arch. f. Psych. Bd. 91.
Schilder u. Kauders: Lehrbuch der Hypnose.
Stekel: Störungen d. Trieb- u. Affektlebens.
Titchener, zit. nach O. Külpe: Vorlesungen über Psychologie, Hirzel 1920.
Wundt: l. c.

Dr. H. VORWAHL:

EIN VORLÄUFER DER PSYCHOANALYSE

Schon Fr. Nietzsche hat den Franzosen nachgerühmt, daß sie die geborenen Psychologen seien, und ihre Moralisten bergen Ewigkeitswerte an gescheiter Psychologie und Demaskierung, wie denn die enge Verwandtschaft der Abschnitte „Des jugements" und „Du Coeur" in den Charactères von Labryère, Montaignes und Stendhals mit Nietzsche bereits Anerkennung gefunden hat. Aber übersehen ist in dieser Ahnenreihe der modernen psychologischen Errungenschaften bislang ein Mann, der zu den ganz Großen des Geistes gehört und dessen Grundkonzeption vielleicht eine der Ursachen ist, welche uns erklären, daß Freud den Impuls zu seinem System bei Charcot bekam. Es ist Balzac, dessen Energetik der Pfeiler seiner Kunst wie speziell seiner Psychologie ist[1]). An Vitalität dem Vorbild Rabelais gleich, stieß sich seine Leidenschaft wund an den Widerständen des beengenden Schicksals. So blieb ihm nur der Ausweg, die Leidenschaft des Lebens hinüberzuführen in sein Werk. Wenn er das mit den Worten ausdrückt: „Der Zufall hat mich gezwungen, meine Wünsche zu schreiben, anstatt sie zu befriedigen", hat er die Grundtatsache ausgedrückt, daß sein Schaffen ein Beispiel gewaltigster Energietransformation ist, für die Freud die Bezeichnung „Sublimierung" eingeführt hat.

Balzac sieht die Hauptform der psychischen Energie im Liebesbedürfnis, worin ihm später Nietzsche gefolgt ist: „Es ist ein und dieselbe Kraft, die man in der Kunstkonzeption und die man im geschlechtlichen Aktus ausgibt: es gibt nur eine Art Kraft." Darum meint er, daß alle großen Leistungen auf bewußter Konzentration der Energie beruhen: Wenn der geniale Mensch gleichzeitig das geniale und das Liebesleben führt, stirbt er wie Raphael oder Byron. So erklärt sich seine Überzeugung vom Wert der sexuellen Abstinenz und die psychologische Deutung des Märchenmotivs, daß die Jungfräulichkeit in ihren Händen den Schlüssel zu höheren Welten halte. Das hindert ihn aber nicht, in den Contes drôlatiques den Wert der Befriedigung

[1]) Vgl. meine Arbeit: Die Medizin bei Montaigne. Zschr. f. ärztl. Fortbildung. 1929, Heft 12.

anzuerkennen, und in der mangelhaften Kenntnis der „vollkommenen Ehe“ die Wurzel für die Entgleisungen und Bereitschaft zur anderweitigen Versorgung aufzudecken. Ganz erstaunlich ist gerade hier die Beherrschung der sexuellen Bildersprache, die sich mit der psychoanalytischen vollständig deckt und zu ihrer Bestätigung dienen kann [1]). Aus der Energieumschaltung erklärt Balzac seine Gestalten, wenn z. B. bei Madame de Dey der Hypertrophie der Mütterlichkeit die unglückliche Ehe parallel geht, in der sie lebt. Bei Dr. Minoret ist die übertriebene Wohltätigkeit eine Revanche seiner getäuschten Vaterschaft, während das alternde Fräulein Cormon seine Gefühle auf die Pflege eines alten Kutschenpferdes überträgt. Bei O. Husson liegt ein Fall von Lebensekel vor, der auf Triebstauung basiert; und gleicherweise werden in „Un Ménage de garçon“ die physiologischen Folgeerscheinungen der sexuellen Abstinenz [2]) beschrieben, speziell die Neurosen in der „Physiologie der Ehe“. Dieser Buchtitel ist bezeichnend für die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise Balzacs, die eine Forderung enthält, eine neue Wissenschaft zu konstituieren, die noch lange ein Winkeldasein in der Pathologie fristen mußte. So ist ihm auch die Beziehung von Sexualität und Religion geläufig, die wir als Sublimierung betrachten gelernt haben, wenn er ausführt: Plus une âme d'amour est resservée physiquement, et mieux elle jaillit vers les cieux. Aber die Linien sind nicht eindeutig, denn in Louis Lambert bewirkt gerade die Erwartung des größten physischen Genusses, daß er am Vorabend der Hochzeit in geistige Umnachtung fällt. Diese psychopathologische Studie überbaut er dann in „Seraphita“, worin die Sublimierung durch das übergeschlechtliche Ideal vertreten wird, wie er auch sonst die Versenkung in die Wissenschaft als Therapie preist.

Schon früher ist die klinische Exaktheit der Krankheitsbeschreibungen Balzacs von Ärzten bewundert worden. Taine hat von ihm gesagt: Il est médicin, c'est Molière médicin. Damit hat er die unsterbliche medizinische Figur Molières „den eingebildeten Kranken“ vor Augen gehabt, und wenn wir uns vergegenwärtigen, daß Montaignes wie Rabelais medizinische Anschauungen eine literarische Würdigung gefunden haben, wie die Tatsache, daß Clemenceau selbst Arzt war und die Einheit der physiologischen Entwicklung durch sein prätentiöses Thema „Vom Protokokkus zur Frau“ betont hat, müssen wir die besondere Begabung der französischen Literatur für die psychophysische Erfassung der Menschen zugestehen [3]).

[1]) Im einzelnen nachgewiesen von mir German-Roman. Monatshefte 1927. Heft 3/4 „Balzac und die Antike“, und in Verbindung mit Steckel im Sammelwerk „Das Gehör“.

[2]) cf. meine „Geschichte der Askese“. Zschr. f. Sex. Wiss. 1932, Heft 8.

[3]) So auch E. Wechsler, Esprit und Geist.

Dr. ERNST BIEN:

DAS KOITUSVERBOT IN DER BEHANDLUNG DER PSYCHISCHEN IMPOTENZ

Schon lange vor Entstehung unserer heutigen systematischen Psychotherapie der psychischen Impotenz haben kluge und erfahrene Ärzte ihre gewöhnlich medikamentöse Therapie durch ein Koitusverbot für die Zeit der Behandlung zu unterstützen versucht. Es war dies nichts anderes als ein Kunstgriff, der, in eine entsprechende suggestive Form gebracht, unter Umständen sogar ganz wunderbare Heilwirkungen zu erzielen vermochte, und — so will es fast scheinen — mit der eigentlichen Therapie ernstlich konkurrierte. Auch später, als man die Impotenz, getreu den Ergebnissen der Lehre von der inneren Sekretion, mit allen jenen Präparaten und Injektionen, die die geschäftstüchtige pharmazeutische Industrie auf den Markt warf, anzugehen begann, blieb man dabei, dem Patienten für die Zeit der Behandlung den Koitus zu verbieten. Ebenso verfahren heute noch jene Ärzte, welche, trotz der beachtenswerten Erfolge der psychischen Impotenztherapie, auch weiterhin lokal, also mit Massagen, Psychrophor, Sonden, Wasserapplikationen usw., behandeln: Auch sie erlassen ein befristetes Koitusverbot.

Dieses Koitusverbot wird in der suggestiven, wie auch in der analytischen Psychotherapie, ja sogar in der Psychoanalyse sensu strictiori ausgesprochen, welche Maßregel nicht nur von Stekel, sondern auch von Freud selbst empfohlen wurde. Allerdings denkt Freud hierbei nicht allein an das Gebiet der Potenzstörungen, sondern auch an die Psychoanalyse als solche, die, seiner Meinung nach, in sexueller Abstinenz vor sich gehen soll. Ver- und Gebote in der Psychoanalyse sind aber Sache der Aktivität und es ist daher naheliegend, daß gerade die aktive Methode Stekels und seiner Schule sich ihrer bedient. Erwähnt sei noch, daß das Koitusverbot sich wesentlich von den Verboten unterscheidet, die Ferenczi in seiner „aktiven“ Technik den Patienten auferlegt und die sich fast ausschließlich auf die Beherrschung der Blasen- und Mastdarmfunktionen beziehen.

In der Literatur der Impotenz ist ein eigentümliches Verhalten festzustellen: Autoren, welche die Impotenz als Ausdruck einer organischen Schädigung, sei es des Nervensystems oder der Inkretion, der exzessiv betriebenen Onanie oder sonstiger Exzesse in venere betrachten, beschreiben sehr genau die demnach organisch fundierten therapeutischen Maßnahmen, während jene Autoren, welche auf dem Standpunkt der Psychogeneität der männlichen Impotenz stehen, entweder theoretische Abhandlungen oder kasuistische Belege zur Demonstration von erreichten Erfolgen veröffentlichen und dabei die praktische Seite des technisch-therapeutischen Verfahrens mehr oder

weniger vernachlässigen. Der Leser hat, ganz abgesehen von der seiner Meinung nach nicht immer unproblematischen Glaubwürdigkeit der mitgeteilten Erfolge, den Eindruck, daß er zwar die psychischen Bedingtheiten und die Zusammenhänge zwischen der Sexualstörung und dem persönlichen Erleben des Patienten erkenne und verstehe, sich aber doch kein rechtes Bild über das Zustandekommen des therapeutischen Effektes zu machen imstande sei. In einem jüngst veröffentlichten Aufsatz: „Zur aktivanalytischen Therapie der psychischen Impotenz“ [1]) habe ich einen Dutzendfall aus der Praxis herausgegriffen, um die manchmal verblüffend einfachen und naheliegenden Möglichkeiten der aktiven Analyse zu demonstrieren, ohne dabei näher auf die Behandlungstechnik einzugehen. Kein Wunder, daß ich vielfach gefragt wurde, wie ich denn eigentlich diesen Erfolg erzielt habe. Es gibt eben Selbstverständlichkeiten, die dennoch nicht immer als solche gelten dürfen.

In der uns vor allem interessierenden Frage erweist sich auch das Koitusverbot als eine Selbstverständlichkeit, die sich in langjähriger praktischer Arbeit so weit eingebürgert hat, daß auf der einen Seite die Erfahrenen darüber nichts mehr zu berichten haben (es ist eben eine Selbstverständlichkeit!), die Unerfahrenen jedoch nicht ein noch aus wissen, nicht wissen, wie sie sich im Spezialfall zum Koitusverbot stellen, bzw. wie sie es im allgemeinen und im besonderen handhaben sollen. Überdies glaube ich, daß auch die Erfahrenen eine Erweiterung der eingeschliffenen Kenntnis dieses technischen Hilfsmittels nicht verschmähen dürften, und das um so weniger, als sich in der Literatur keine diesbezügliche zusammenfassende Beschreibung findet. Stekel hat in seiner vorzüglichen Monographie „Die Impotenz des Mannes“ [2]), die den Ausgangspunkt der aktivanalytischen Impotenztherapie bildete, keine übersichtliche und systematische Darstellung der Behandlungstechnik gegeben, so daß auch seine Leser sich erst durch die vielen interessanten und seltenen Krankengeschichten durcharbeiten müssen, um eine Vorstellung von der Technik des Koitusverbotes zu gewinnen.

Bei der Behandlung der männlichen Impotenz hat mich besonders die Frage des Koitusverbotes wiederholt vor Situationen gestellt, auf die ich nicht vorbereitet war und deren günstige oder ungünstige Lösung ein Großteil zum therapeutischen Erfolg bzw. Mißerfolg beigetragen hatte. Es erscheint mir daher wichtig, diese Frage eingehend zu erörtern. Nachstehende Ausführungen sollen versuchen, eine Lücke in der Literatur der Impotenztherapie auszufüllen, doch ist sich der Autor bewußt, daß die auf Grund eines allerdings nicht unerheblichen privaten Krankenmaterials gemachten persönlichen Er-

[1]) Zschr. f. Sexualwissensch. 17, 497 (1931).
[2]) Urban u. Schwarzenberg Verl. 1920.

fahrungen eine gewisse unerwünschte Einseitigkeit in der Darstellung und Klarlegung des Stoffes nach sich ziehen müssen und demzufolge keine Allgemeingültigkeit beanspruchen dürfen.

Zunächst aber möchte ich, um Mißverständnissen vorzubeugen, die im Titel gegebene Einengung des Themas rechtfertigen. „Koitusverbot" heißt: Die anbefohlene Abstinenz vom Geschlechtsverkehr. Doch handelt es sich im Grunde genommen beim therapeutischen Koitusverbot nicht allein um die Karenz vom Geschlechtsverkehr, bzw. um das Unterlassen von immer wieder mißlingenden und entmutigenden Koitusversuchen, sondern um die Einstellung der gesamten Sexualbetätigung, also auch der Onanie und der sonstigen Formen der Autoerotik, der Pornographie, der paraphilen Phantasien und Tagträume etc. Die Einengung in der Bezeichnung ergibt sich aus dem Hinweis auf die Tatsache, daß der Kranke uns aufsucht, weil er nicht koitieren kann und darum die Erlangung der Koitusfähigkeit im Mittelpunkte der Behandlung steht. Im Prinzip handelt es sich aber um ein generelles Sexualverbot, das darum auch um so schwerer zu handhaben ist. Weiter möchte ich bemerken, daß ich unter „Behandlung der psychischen Impotenz" ausschließlich die psychische Behandlung verstehe und zwar sowohl die suggestive als auch die analytische im Sinne der Stekelschen aktiven Methode.

Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Was ist der Sinn des Koitusverbotes?
2. Wann soll das Verbot erlassen und wann behoben werden?
3. Wie ist die Reaktion des Patienten auf das Verbot?
4. Welche Erfolge bzw. Mißerfolge erreicht man mit dem Koitusverbot?

1. Der Sinn des Koitusverbotes liegt der allgemeinen Auffassung nach darin, daß der Patient aus dem bewußten Nichtkönnen in das bewußte Nichtdürfen gebracht wird. Diese Maßnahme soll in ihrem psychischen Effekt den Patienten reizen, das bestehende Verbot zu übertreten. Der Patient wird sozusagen in eine infantile Situation versetzt, ähnlich jener, in der der Vater ihm die Sexualität (eigentlich die Onanie) verboten hatte. Während sich aber nach Überschreitung des väterlichen Verbotes Schuldgefühle einstellten, wird die Überschreitung hier nicht nur keine Schuldgefühle, sondern sogar den ursprünglich erwünschten Erfolg herbeiführen. So sollen Wunderwirkungen zustande gekommen sein, die einzig und allein diesem Koitusverbot zu verdanken waren, allerdings innerhalb einer zielbewußten und wahrscheinlich auch mehr oder weniger suggestiv-autoritativen ärztlichen Behandlung.

Solche „Wunderwirkungen" sind auch ohne weiteres verständlich. Voraussetzungen hierfür sind: Oberflächlicher Sitz der Impotenz und rasche Her-

stellung der Vater-Sohn-Situation mit trotziger Auflehnung des Sohnes gegen das Verbot des Vaters. Stekel berichtet in seiner Monographie über einen Fall, der auf diese Art und Weise zu einem raschen Erfolg kam. Patient rief seinen Arzt an und bat um die Erlaubnis, das Koitusverbot durchbrechen zu dürfen, worauf dieser keinesfalls eingehen wollte. Am nächsten Tag sagte Patient triumphierend zu seinem Arzt: „Sie haben sich schön blamiert. Es ist alles ausgezeichnet gegangen" (l. c. S. 155). Trotz des zahlreichen Krankenmaterials weiß Stekel doch über keinen zweiten, so eindeutigen Fall zu berichten; zumindest waren die Erfolge nicht wieder derart verblüffend und ausschließlich infolge des Koitusverbotes zustande gekommen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit bemerken, daß mir in meiner ganzen Praxis niemals ein solcher Trotzerfolg gelungen ist. Ich weiß nicht, woran dies gelegen sein mag, möglich, daß meine in geeigneten Fällen angewandte Technik — trotz ehrlicher Bemühungen — nicht genügend suggestiv gewirkt haben mochte, wahrscheinlicher aber, daß die Erwartungen, die man im stillen auf die Trotzreaktion setzt, wohl gemeiniglich eine Enttäuschung bringen. Darum möchte ich auch vor einer Überschätzung des Koitusverbotes in bezug auf die zu erwartende spontane Überschreitung desselben dringendst warnen. Und eben darum erhebt sich erst recht die Frage nach dem eigentlichen Sinn des Koitusverbotes, das also meinen persönlichen Erfahrungen nach nicht allein darin gelegen ist, daß man das fiktive Nichtkönnen durch ein anbefohlenes Nichtdürfen ersetzt.

Sehen wir von den leichten Fällen ab, in denen die Impotenz, richtiger die Potenzstörung, gewissen ungünstigen Tagesdispositionen entspringt, und greifen wir die große Gruppe der symptomatisch aufgebauten Störung heraus, die auf einer weitgehenden Verdrängung der genitalen und einer übermäßigen Unterstreichung der extragenitalen Strebungen beruht, also jene Impotenz zum Beispiel, die in ihrem essentiellen Wesen Ausdruck und zentrales Symptom einer komplizierten Angst- oder Zwangskrankheit ist. Der Sexualität haften hier Vorstellungen an, die jenseits des genitalen Interesses gelegen sind und gewöhnlich paraphile Phantasien zum Ausgangspunkt ihrer Befriedigung nehmen. Voraussetzung dieser paraphilen Befriedigung ist die Unterstreichung einer libidinösen Partialkraft oder einer libidinösen Partialzone. Die spezifischen Wünsche finden entweder in der Onanie, mit Umgehung des alloerotischen Objektes, ihre Befriedigung, oder melden sich bei sonst erhaltener triebhafter Neigung zum Weibe und erzwingen ihre Befriedigung mit Hilfe der Impotenz, d. h. der Unmöglichkeit, den genitalen, den unerwünschten oder gefürchteten Akt zu vollziehen. Sadistische, fetischistische, exhibitionistische und sonstige Partialtriebneigungen werden bis zu einer gewissen Grenze und sozusagen andeutungsweise befriedigt, so daß

für den eigentlichen Genitalakt nichts übrig bleibt. Doch haftet der zum Vorschein kommenden Triebrichtung eine so erhebliche Verdrängungsenergie an, daß notwendigerweise neben dem Wunsch nach Befriedigung dieser extragenitalen Triebe gleichzeitig das Bedürfnis besteht, diese abzuwehren, sie in ihrer gesamten Masse nicht zum Bewußtsein kommen zu lassen. Der Mechanismus der Impotenz ist hier also der wohlbekannte Schutz vor sich selbst, Schutz vor der eigenen übermäßigen Triebhaftigkeit (Lustmord, Nekrophilie usw.) und der doch zustande gekommene Akt ist nicht anders zu werten als ein mit Hilfe eines Objektes herbeigeführtes Onanie-Kompromiß.

Dasselbe gilt auch von der Überbetonung der eigenen und der erogenen Zonen des Objektes, die man in das Zentrum des Sexualerlebens zu stellen wünscht; so wird z. B. ein Mann mit überbetonter Oralerotik in seinen Onaniephantasien lediglich diese betätigen und auch geneigt sein, bei einem etwaigen Geschlechtsakt die Oralerotik gegen die genitale Betätigung auszuspielen.

Ein ereuthober Patient meiner Beobachtung produzierte spezifische, stereotyp wiederkehrende Onaniephantasien, die das geschlechtliche Zusammensein mit seiner um 30 Jahre älteren Wirtin zum Inhalt hatten. Bei näherer Betrachtung dieser Phantasie erkannten wir jedoch, daß es sich nicht um einen Geschlechtsverkehr im genitalen, sondern um einen solchen im oralerotischen Sinne handelte. Der Patient entkleidete in der Phantasie sein williges und zu allem bereites Objekt, er küßte es auf die Brüste, Genitalien und Gesäßbacken und gelangte so zur Ejakulation. Auf die Frage, warum er denn nicht wenigstens in der Phantasie die Immissio vollziehe, meinte Patient, daß er daran eigentlich vergessen habe. Das Vergessen ist hier offenbar ein Mangel an entsprechendem Interesse, vielleicht auch Angst vor den etwaigen Konsequenzen einer genitalen Vereinigung, immerhin aber ist die Interesselosigkeit am Genitale durch das erhöhte Interesse an der Betätigung der Oralzone zu erklären. Wie verhält sich nun dieser Patient in der sexuellen Wirklichkeit? Seiner Wirtin gegenüber scheu und verlegen, ohne daß es auch zur geringsten Liebesbezeugung kommt, während ihm das käufliche Mädchen, zu dem er in seiner sexuellen Not flüchtet, die Wirtin nicht ersetzen kann. Die Interesselosigkeit dem Genitale des Mädchens gegenüber erfährt eine halbwegs stichhaltige Rationalisierung: Angst vor Geschlechtskrankheit. Er sucht mit dem Mädchen ein Hotel auf, wo er sich, statt zu koitieren, von seinem Objekt allerhand Berufsgeschichten über paraphile Männer und exzessive Sexualerlebnisse erzählen läßt. Er „vergißt“ auch hier, den Genitalakt zu vollziehen, traut sich nicht einmal, die Oralerotik zu betätigen (Memento: Geschlechtsinfektion!) und geht tatsächlich leer, also sine ejaculatione, aus.

Bei Betrachtung dieser beiden Grundtypen der Impotenzsymptomatik ist es wohl klar, daß das Koitusverbot Patienten dieser Art die Befriedigung der extragenitalen Libido, sei es einer Partialkraft oder einer Partialzone, unmöglich machen und gleichzeitig zur Hebung der genitalen Potenz beitragen soll. Der Sinn des Koitusverbotes wäre also ein zweifacher: Erstens, die sich ausbreitenden extragenitalen Bestrebungen, implicite Phantasien, zu hemmen und zweitens, die verdrängten oder nicht voll entwickelten genitalen Regungen zu entfalten. Wenn ich dem Patienten mit der unterstrichen sadistischen Triebkomponente den Koitus in seiner bisherigen Form verbiete, so will ich zunächst ein Zurückdrängen dieser sadistischen Komponente und dann ein Aufstauen der Libido im genitalen Sinn erreichen. Denn diese Sexualstauung ist letzten Endes das maßgebendste Postulat innerhalb der Impotenzbehandlung. Sie hat nicht nur rein körperlich, sondern auch psychisch und zwar für die Behandlung als solche zu wirken.

Die Sexualstauung, das Aufhalten des Sexualtriebes, erzeugt eine künstliche Spannung im Seelischen, die durch aktivere analytische Arbeit noch unterstützt werden kann. Die Erinnerungen des Patienten werden produktiver, reicher, die Assoziationen vielfältiger, die bis dahin zurückgehaltenen Sexualerlebnisse werden reproduziert, mit einem Wort, die Behandlung erfährt einen mächtigen Anstoß. Ein 50jähriger Mann, den ich wegen Impotenz behandelte, meinte, daß er infolge des Koitusverbotes und der eingetretenen Stauung der Sexualität Gefühle wiedererlebe, die er vor 35 Jahren, zur Zeit, als er zu onanieren begann, empfunden hatte: Ein eigentümliches Prickeln in der Genitalgegend, ein eigenartiges Sehnen und Verlangen, häufige Spontanerektionen tagsüber, Nachtpollutionen usw.

Wir nehmen an, daß die Regression, die durch eine langjährige Analyse künstlich erzeugt wird, manche Gefahrenmomente in sich birgt, und dem Patienten insofern zum Verhängnis werden kann, als er den Weg aus der künstlich erzeugten Infantilregression in die Erwachsenheit nur schwer zurückfindet. Diese Gefahr scheint bei einer aktivanalytisch erzeugten Libidostauung und Regression des Triebes auf frühere Entwicklungsstufen nicht zu bestehen, dauert doch die Behandlung viel zu kurz, um an ein Sichverankern der Regression denken zu können und geht doch das Bestreben des aktiven Analytikers, einen praktischen Erfolg zu erzielen, zuweilen und zwar bewußtermaßen, sogar auf Kosten einer vertieften theoretischen Einsicht in die Struktur der zur Behandlung gelangten Krankheit. Und doch werden selbst Analytikers, einen praktischen Erfolg zu erzielen, zuweilen, und zwar besprechen, durch die Reproduktion bereits vergessener Sexualerlebnisse unnötig aufgewühlt und erregt zu werden. Es sind dies jene Fälle, welche sich auch sonst durch eine hypochondrische Einstellung zum Sexualleben aus-

zeichnen, und die man immer wieder auf die Unschädlichkeit des analytischen Verfahrens aufmerksam machen muß.

Neben der körperlich erzeugten Libidostauung halte ich auf Grund meiner Erfahrungen die durch das Koitusverbot erzielte Belebung der Behandlung für den wesentlichen und prinzipiell entscheidenden Faktor der Heilwirkung des Koitusverbotes, während ich dem suggestiven Moment eine sekundäre Bedeutung beimessen möchte. Die Suggestion als solche kann nur auf dem Boden der Übertragung zu einem teilweisen Erfolg führen. Trotzdem ist bei Erlassung des Koitusverbotes die Einhaltung aller jener Maßnahmen notwendig, die die autoritative Stellung des Arztes unterstützen.

Die Belebung der analytischen Arbeit infolge des Koitusverbotes erstreckt sich vor allem auf eine gewisse Bereitwilligkeit des Patienten, analytische Erkenntnisse sich zu eigen zu machen, bereits gewonnene zu vertiefen und sein Sträuben gegen manche unwiderlegbare Ansichten der Analyse aufzugeben — eine Tatsache, die Stekel[1]) in einem anderen Zusammenhang die „Sensibilisierung" des Kranken nannte. Diese günstige Wirkung ist besonders in jenen Fällen erwünscht, in denen die Impotenz auf einer unbewußten infantilen oder aktuellen Bindung an ein inzestuöses oder sonst verbotenes Objekt basiert. Die größere „Erkenntnisbereitschaft" des Patienten ist ein nicht zu übergehender Gewinn des Koitusverbotes.

2. Wie der militärische Kommandant, um seine Autorität zu wahren, niemals einem seiner Untergebenen einen Befehl erteilen wird, dessen Undurchführbarkeit von vornherein anzunehmen ist, so wird der Analytiker erst nach Klärung der tatsächlichen Möglichkeiten und unter strengster Würdigung der individuellen Verhältnisse des Patienten das Koitus-, bzw. das allgemeine Sexualverbot erlassen. Ich betrachte es als schweren Fehler, dem Patienten ohne ihn näher zu kennen, in der ersten Sitzung etwas zu verbieten, was vielleicht aus rein äußeren Gründen nicht durchgeführt werden kann und sich so eine nicht wieder gut zu machende Blöße zu geben. Fast jeder Impotente wünscht gleich in der ersten Besprechung Verhaltungsmaßregeln in bezug auf sein sexuelles Leben. Ich bin dafür, die Antwort auf diese Frage nicht sofort, sondern erst nach einigen Tagen zu erteilen und für den Augenblick lediglich zu erklären, daß man doch erst ein Bild der Erkrankung gewinnen müsse, um diesbezüglich etwas sagen zu können, daher bis auf weiteres keine Notwendigkeit einer Änderung im bisherigen Verhalten bestehe. Nicht nur aus formalen und autoritativen, sondern auch aus prinzipiellen Gründen glaube ich, daß hier eine gewisse Zurückhaltung indiziert ist. Wir lernen den Patienten viel besser kennen, wenn wir seine sexuelle Unfähigkeit auf Grund

---

[1]) „Die Technik der Psychoanalyse". Psychoanal. Praxis 1, 116 (1931).

der jüngst erlebten Niederlage studieren, wobei der Affekt viel frischer und eindrucksvoller reproduziert wird. Ich habe es erlebt, daß dort, wo ich ein voreiliges Koitusverbot erließ, der sehr willige und gehorsame Patient auch tatsächlich seine gesamte Sexualbetätigung einstellte, und zwar so weit, daß er einerseits über nichts zu berichten hatte, da ja nichts „passierte", andererseits aber unfähig war, historische Erlebnisse zu reproduzieren. Es ist also gut, das Koitusverbot erst nach einiger Zeit, und seien es auch nur wenige Tage, zu erlassen, es jedoch schon in der ersten Sitzung etwa in dem Sinne anzudeuten, daß sich allem Anschein nach entscheidende Veränderungen im Sexualverhalten des Patienten als notwendig erweisen werden.

Somit wäre der eine Teil der Frage nach der Zeit, in der das Koitusverbot ausgesprochen werden soll, beantwortet. Der zweite, viel wichtigere Teil dieser Frage ist, wie lange es dauern, bzw. wann und wie es aufgehoben werden soll. Die Beantwortung dieser Frage ist klar: Das Koitusverbot soll usque ad finem, bis zum Heilungserfolg, bestehen bleiben, bis man die Überzeugung gewonnen hat, daß ein eben jetzt durchzuführender Koitus den Patienten von seiner Störung befreien werde. Allerdings wird es schwer sein, diesen Zeitpunkt zu bestimmen, da man gerade hier vielen Ent- und Selbsttäuschungen ausgesetzt ist, wobei einerseits der Wunsch nach dem Erfolg der Vater des Gedankens ist, und man sich andererseits keinesfalls auf den Patienten verlassen kann, der allzu leicht geneigt ist, die unangenehme Abstinenz mit dem Hinweis auf die Erfolgsmöglichkeit zu durchbrechen und so zu einem billigen — Mißerfolg zu gelangen.

In der psychoanalytischen Behandlung gibt es bekanntlich die sogenannte Gegenübertragung[1]), die irgendwie komplexe Einstellung des Arztes zum Patienten, die aber um so bedeutungsloser sein wird, je weniger, dank einer gründlichen eigenen Analyse, der Analytiker skotomisiert ist. Insbesondere bei der Behandlung der psychischen Impotenz läuft der Analytiker Gefahr, dieser schädlichen Gegenübertragung zu erliegen und sich mit dem unter der Sexualabstinenz leidenden Impotenten zu identifizieren. Diese Gefahr scheint überall dort zu bestehen, wo der Kranke angesichts der vielen Mißerfolge zermürbt und hoffnungslos geworden ist und gerade darum sich an die Analyse als „letzten Rettungsanker" klammert. In solchen schwersten Fällen glauben weder Analytiker noch Patient an einen Erfolg, finden aber doch nicht den Mut, sich dies einzugestehen und wollen immer noch die alte Hoffnung aufrecht erhalten. Darum erleben wir es häufig, daß des Analytikers Meinung über den Zeitpunkt der Behebung des Koitusverbotes sich

---

[1]) Siehe Mißriegler: „Bemerkungen über ‚Gegenübertragung'". Fortsch. d. Sex. Wiss. u. Psa. 4, 9 (1931).

schließlich als unrichtig und offenbar durch ihm selbst unbewußte Gefühlseinstellungen zum Patienten beeinflußt erweisen muß. Ich habe es mir zur Pflicht gemacht, in jedem Falle, in dem die Impotenzbehandlung — sit venia verbo — auf Messersschneide steht, meine persönliche Stellungnahme zum Patienten einer strengen Analyse zu unterziehen, um innerhalb der Behandlung jene Sachlichkeit walten zu lassen, die allein zum Erfolg führen kann. Die Gegenübertragung ist bei der Behandlung der psychischen Impotenz eine gefährliche Klippe, an der man nur allzu leicht scheitern kann.

Die Frage nach der Beendigung der Karenzzeit möchte ich nun, auf Grund der vielen in Betracht kommenden Möglichkeiten, in allgemeinem Zusammenhang mit dem Sexualverbot beantworten, wobei ich ausdrücklich betonen möchte, daß die nun folgende Schematisierung auch nicht annähernd ein Bild des lebendigen Sachverhaltes zu vermitteln vermag.

a) Das Koitusverbot sensu strictiori kann natürlich nur dort erlassen werden, wo der Patient den Koitus auch wirklich auszuüben versucht. Diese Feststellung ist keineswegs überflüssig. So ist mir einmal zu Beginn meiner therapeutischen Praxis folgender Lapsus unterlaufen: Vor mir sitzt ein Mann, der über seine Unfähigkeit, mit der Gattin zu verkehren, klagt. Er war einer jener Patienten, die so viel erzählen, daß sie den Arzt überhaupt nicht zu Wort kommen lassen, dabei aber schamvoll bemüht sind, auf keine näheren Einzelheiten ihrer Erkrankung einzugehen. Zum Schluß dieser ersten Sitzung sah ich mich — leider rein schablonenmäßig — veranlaßt, ein Koitusverbot zu erlassen, worauf der Patient erklärte, er hätte seinen letzten Koitus vor ca. 15 Jahren versucht und sich seiner Frau, die noch Virgo sei, nicht einmal in der Brautnacht genähert. Ein extremer Fall, gewiß, und doch gibt es eine Reihe ähnlicher Fälle, wo ein Koitusverbot auf den Patienten einfach lächerlich wirkt, da es doch ohnedies niemals zu einem Koitusversuch kommt.

Streng indiziert ist das Koitusverbot s. s. lediglich dort, wo der Patient entweder gewohnheitsmäßig einen schwächlichen Verkehr ausübt, oder in regelmäßigen Intervallen mit viel Angstentwicklung und unter Wiederholung der spezifisch krankhaften Begleiterscheinungen einen Koitus versucht und sich dabei eine entmutigende Enttäuschung holt. Aber selbst hier müssen wir auf das zur Verfügung stehende Objekt Bedacht nehmen, so daß sich schließlich eine natürliche Zweiteilung ergibt: Die verheirateten und die unverheirateten Patienten. Erstere zeigen von vornherein eine schlechtere Prognose, da ihnen ein Objekt zur Verfügung steht, welches allem Anschein nach gewissen unbewußten Wünschen nicht entspricht; denn sonst wäre ja der impotente Mann in der Ehe potent, der potente hingegen nicht impotent geworden. Aufgabe der Analyse ist es nun — sieht man von der Möglichkeit einer Scheidung ab

— den Patienten für eben diese, für seine Frau potent zu machen. Zu diesem Zwecke wird es wohl nötig sein, die Gattin näher kennen zu lernen, sie über manches aufzuklären und ihr genaue Verhaltungsmaßregeln zu geben. Von Verständnis, Entgegenkommen und Wohlwollen der Frau hängt zuweilen das ganze Schicksal der Behandlung ab. Das Koitusverbot erstreckt sich also nicht allein auf den Patienten, sondern naturgemäß auch auf dessen Frau und kann in vielen Fällen nur mit ihrer bewußten Hilfe durchgeführt werden. Darum ist es Pflicht des Analytikers, vor Erlassung des Koitusverbotes die Ehestruktur des Patienten und die Stellungnahme seiner Gattin zum Sexualproblem zu prüfen. Die innerhalb einer Ehe erzwungene Abstinenz dauert meiner Erfahrung nach gewöhnlich kürzer als bei Ledigen und überschreitet nur selten die Zeitspanne von vier Wochen. Doch kann unter Umständen und in leichteren Fällen schon während dieser Zeit ein Heilungserfolg zu verzeichnen sein. Ist dies aber nicht der Fall und kommt es zu einem mißglückten Überschreiten des Koitusverbotes, so werden beide Teile eine nochmalige vierwöchentliche Abstinenzzeit auf sich nehmen müssen. Drängt der Patient vorzeitig auf die Erlaubnis, koitieren zu dürfen, so verhalte ich mich in der Regel reserviert und mache ihn bloß auf die etwaigen Folgen eines nochmaligen Versagens aufmerksam.

Bei Ledigen ist ein rigoroseres Vorgehen besonders dort am Platz, wo keine psychische Bindung des Patienten an ein Objekt besteht, wo der Patient mit käuflichen Mädchen verkehrt u. dgl. m. Die Frage nach der Zeit der Aufhebung des Koitusverbotes ist in diesem Falle eigentlich am leichtesten zu beantworten. Da der Patient nur darum mit Dirnen verkehrt, weil sie allein ihm die Möglichkeiten bieten, seine paraphilen Triebwünsche zu befriedigen, so muß an die Aufhebung des Koitusverbotes die strikte Bedingung geknüpft werden, daß der Koitus mit keiner Puella, also nur unter Verzicht auf die mehr oder weniger versteckten Paraphilien, ausgeführt werden darf. In dieser Negation liegt zugleich ein Hinweis sowohl auf die genitale Natur der zu erreichenden Potenz als auch auf das adäquate Objekt, wobei es dem Patienten selbst überlassen bleibt, ob er außerhalb oder nur im Rahmen einer Ehe eine solche Bindung eingehen will. In gewissen Fällen allerdings wird der aktive Analytiker offen zur Ehe raten, um auf diese Weise die sogenannte Keuschheitsklausel (Stekel) zu umgehen. Ich selbst bin mit solchen Ratschlägen sehr zurückhaltend, denn, abgesehen von ihrer überaus großen menschlichen und ärztlichen Verantwortung, weiß ich, daß einerseits auch in der Ehe die Keuschheitsklausel nicht unbedingt überwunden werden muß und daß andererseits eine gelungene Analyse das strenge Über-Ich des Patienten so weit zu mildern vermag, daß dieser fähig ist, eine Ehe aus seelischen, körperlichen und rationalen Erwägungen heraus und nicht unter

dem Druck der infantilen, den außerehelichen Geschlechtsakt verbietenden Moral einzugehen.

Die zu erzielende Abstinenzzeit dauert, wie gesagt, bei ledigen Impotenten gewöhnlich viel länger an als bei Verheirateten. So sind Abstinenzzeiten von zwei bis drei Monaten durchaus nichts Seltenes. Doch wird hier die Aufhebung des Koitusverbotes erst recht der besonderen Aktivität des Analytikers bedürfen. Denn gerade diese Patienten haben nicht allein Koitusschwierigkeiten, sondern auch Schwierigkeiten in der Findung des Objektes.

b) Das Onanieverbot hat natürlich parallel mit dem Koitusverbot zu gehen, ja, ist bei jugendlichen Impotenten noch über dieses zu stellen. Um nun bei dem durch das Onanieverbot automatisch in die negative Vaterübertragung gedrängten Patienten einerseits ein Überhandnehmen von Trotzhandlungen und Widerständen, Mißverständnissen und Mißdeutungen zu verhindern, andererseits aber doch die spezielle Onanieform mit den dazugehörigen Phantasien entsprechend studieren zu können, lasse ich auch hier bis zum Aussprechen des Onanieverbotes eine Zeit verstreichen. Der Patient muß vorerst über die körperliche Unschädlichkeit und Folgenlosigkeit der Onanie nicht nur unterrichtet werden, sondern auch wirklich davon überzeugt sein, so daß er das Verbot schließlich als einzig durch psychische Notwendigkeiten bedingt anerkennt. Der Kampf gegen die Onanie gestaltet sich zuweilen überaus dramatisch und wirbelt alle jene komplexen Gefühle auf, die in der Infantil-, zumindest aber in der Pubertätszeit erlebt worden sind.

Bei jenen jugendlichen Patienten, die den Koitus noch nicht oder aus Angst vor dem Versagen bereits seit langem nicht mehr versucht haben, wird man aus therapeutischen Gründen ein Koitusverbot nicht nur nicht aussprechen, sondern überhaupt nicht in Erwägung ziehen und sich ausschließlich auf das Onanieverbot beschränken. Jede Überschreitung des Onanieverbotes ruft schwere Schuldgefühle dem Analytiker gegenüber hervor, die dann durchaus befruchtend auf die Analyse wirken. Ich habe in einem solchen Fall eine auch pollutionsfreie Abstinenzzeit von acht Wochen erreicht, wobei der Kampf gegen die Onanie recht stürmische Formen annahm. Überdies veranlaßte die unerträgliche Spannung den Patienten, den Koitus zu versuchen, ohne aber zum erwünschten Erfolg gelangen zu können, da in Anwesenheit des Mädchens bereits ein leichter Druck mit den Schenkeln auf das Genitale genügte, eine Ejakulation herbeizuführen. Nun erst kombinierte ich das Onanie- mit dem Koitusverbot und es gelang mir auch auf diese Weise, dem Patienten zur Liebesfähigkeit zu erziehen.

Die Onanie ist eine ständige, kausale oder konsekutive Begleiterscheinung der Impotenz. Doch bedeutet, wie bereits erwähnt, die Onanie als Folge der Impotenz fast immer eine Ableitung und Befriedigung der extragenitalen

Triebinteressen und muß daher auch dort verboten werden, wo sie nur eine sekundäre Rolle neben den im Vordergrunde stehenden, doch immer wieder mißlingenden Koitusversuchen spielt. So mag es vorkommen, daß die Enthaltsamkeit den Patienten endlich soweit bringt, daß er seine Phantasien dem Primat des Genitales unterzuordnen und, da sich keine Möglichkeit eines Koitusversuches ergibt, nun mit ausgesprochen genitalen Phantasien zu onanieren beginnt, womit er aber gleichzeitig das Sexualverbot überschreitet. So sehr ich in solchen Fällen dem Patienten gegenüber die Ungebührlichkeit dieses seines Verhaltens rüge, so sehr weiß ich es doch als besonderen Fortschritt, wenn nicht als halben Erfolg zu werten.

Es gibt Analytiker, welche ihren Patienten die Onanie wegen der hier zutage tretenden genitalen Phantasien empfehlen, doch dürfte meines Erachtens ein solches Vorgehen innerhalb der Impotenztherapie mehr schaden als nützen. Eine Ausnahme bilden allein jene Fälle, in denen das gesamte Sexualleben gehemmt ist, sich in Tagesphantasien mit spontanen Tages- oder Nachtpollutionen erschöpft, so daß der Weg zum Koitus über den, wenn man so sagen darf, natürlichen Weg der Onanie gefunden werden kann. In einem ähnlichen Fall eines jugendlichen gehemmten Homosexuellen mit sadistischen Phantasien habe ich erst nach sehr vielen und mühevollen Bestrebungen eine annähernd befriedigende Onanie erzielen können. An einen Koitus als erste therapeutische Zielsetzung war bei ihm nicht einmal zu denken.

c) Das Verbot der Sexualphantasien soll vor allem in jenen Fällen erwogen werden, in denen paraphile Phantasien offen im Mittelpunkt des Interesses stehen. Die Durchführung des Verbotes wird sich natürlich um so schwieriger gestalten, je festgefügter die Phantasien sind und je mehr Sexualenergien sich in ihnen vereinigen. Auch hier wäre es von geringem Vorteil, ein aprioristisches Verbot zu erlassen, das auf keinen Fall eingehalten werden kann, ganz abgesehen davon, daß die Phantasien unkontrollierbar, oft vom Patienten selbst nicht exakt erfaßbar sind, und wir mit unserem Verbot nicht eine Beseitigung, sondern ein Zurückdrängen, ein Sichverstecken der Phantasien bewirken können. Der Kranke soll erst zu der Einsicht erzogen werden, daß gerade seine Phantasien es sind, die ihn impotent machen, daß sie allein eben jene Hemmungen erzeugen, die sich dem Gelingen des Geschlechtsaktes entgegenzusetzen. Erst nachdem die Phantasien analysiert, das heißt im eigentlichen Sinne des Wortes zerlegt wurden, ist es an der Zeit, sie dem Patienten zu verbieten, so daß dieser den Verzicht auf die Phantasien als naturgemäß zur Behandlung gehörig betrachtet.

Es gibt auch Fälle, in denen die Phantasien nur nebenbei einhergehen, sich höchstens in nicht immer zum Bewußtsein gelangenden Tagträumen äußern und selbst in der Onanie nur undeutlich zum Ausdruck kommen. In diesem

Falle wird sich wohl von selbst eine andere Technik des Verbotes ergeben. Es ist immer wünschenswert, die Phantasien des Patienten frei herauszupräparieren, um in ihnen die maßgebenden, die adäquate Befriedigung gestattenden spezifischen Elemente der Sexualität zu finden.

Tagträume spielen in der Psychogenese der Impotenz eine große Rolle. Das Bewußtmachen der Tagträume kann aber schwerlich durch das Verbot des Phantasierens erzielt werden, besonders dort, wo das Phantasieren keine ausschlaggebende Rolle im Bewußtsein spielt. Es wird vielmehr gut sein, die Phantasien aus der Peripherie in das Zentrum des Bewußtseins zu bringen, indem wir ihnen keine weitere Beachtung zu schenken scheinen und uns lediglich auf ein allgemeines Sexualverbot beschränken. Und nicht selten wird es vorkommen, daß ein solcher Patient selbst die Schädlichkeit dieser unter dem Druck der Libidostauung stärker hervortretenden Phantasien einsieht und so der Heilung viel näher kommt als dies jemals mit einem vorzeitigen Phantasieverbot hätte der Fall sein können. Ein Impotenter meiner Beobachtung mit scheinbar unbedeutenden wadenfetischistischen Neigungen erkannte während der ziemlich ausgedehnten, analytisch erzwungenen Abstinenz die Wichtigkeit, aber auch die Gefährlichkeit der partialistischen Bestrebungen, und fragte mich spontan, ob er auf sie verzichten solle. Und gerade dieses erst mit Hilfe des Patienten zustande gekommene Verbot war es, das dann den gewünschten therapeutischen Erfolg herbeigeführt hat.

d) Die Pollutionen spielen, mit nur ganz seltenen Ausnahmen, eine rein sekundäre Rolle im Koitusverbot und auch nur dort, wo die Abstinenz über ein physiologisch erträgliches Maß hinausgezogen wird und die Natur sich einen Samenabfluß erzwingt. Man kann schwerlich von einem Verbot der Pollutionen sprechen, obwohl es auch Patienten gibt, die das Sexualverbot sogar auf die Pollutionen erstrecken zu müssen glauben. Meiner Ansicht nach wäre ein solches Verbot, selbst wenn wir die Möglichkeit hätten, die Pollutionen willkürlich zu beherrschen, unbedingt von Nachteil. Denn Pollutionen werden von Träumen begleitet, die uns wesentliche Anhaltspunkte zur Enträtselung der Störung geben.

Die sekundären, das heißt, die infolge der Abstinenz auftretenden Pollutionen werden bei so manchem skrupulösem Patienten Gewissensbisse ob der Überschreitung des Sexualverbotes auslösen. Diese Schuldgefühle sind behandlungstechnisch besonders wertvoll, da sie nicht allein mit Hinsicht auf die Übertragung und die analytische Situation, sondern auch in Zusammenhang mit den schulderzeugenden, im Pollutionstraum zum Ausdruck gebrachten Wünschen gedeutet werden können. Andere Patienten hinwiederum, die in der Pollution gleichfalls die Durchbrechung des Sexualverbotes sehen, werden das unwillkürliche Sexualerlebnis entweder in einem Onanieakt

wiederholen oder es zum Anlaß eines Koitusversuches nehmen. Mißlingt dieser, dann treten selbstverständlich die üblichen Schuldgefühle auf. Nicht selten habe ich gerade den ersten, während der Behandlung sich einstellenden Pollutionen den erstrebten Erfolg, der allerdings von den spezifischen Phantasien bereits gebahnt und vorbereitet worden war, zu verdanken gehabt.

e) Das Verbot der paraphilen Handlungen in Fällen, in denen die Impotenz als Folgezustand der Paraphilie auftritt, wird wohl zumeist als eine recht illusorische Bemühung anzusehen sein. Es wäre in Analogie zu bringen mit dem Verbot der Angst beim Platzangst- oder dem Verbot der Zwangsgedanken beim Zwangskranken. Wohl ist mir bekannt, daß aktive Analytiker bereits in der ersten Sitzung ein solches Verbot erlassen, doch dürfte es sich meiner Meinung nach nicht zu einem methodologischen Ausbau eignen, da sein Gelingen lediglich Sache der ärztlichen Autorität oder der analytischen Übertragung ist. Immerhin wird man aber eher dem Angstkranken die Angst „verbieten" können, da ja dieser unter seiner Angst leidet und sie abschaffen möchte, als dem Paraphilen seine krankhaften Symptome, unter denen er nicht im geringsten leidet, die er höchstens aus mehr oder weniger rationalen Gründen beseitigen möchte. Gewiß wird man bei einem Homosexuellen, der nur zum Zwecke der Abschaffung der Homosexualität in Behandlung kommt, ein Koitusverbot, i. e. ein generelles Verbot homosexueller Praktiken aussprechen, nicht aber, zumindest nicht unter allen Umständen, einem Paraphilen, der nicht wegen seiner Paraphilie, sondern wegen seiner Zwangssymptome sich behandeln läßt, von vornherein die paraphilen Handlungen verbieten. Ich erinnere an den Fall eines meiner zwangskranken Impotenten,[1]) der sich mit besonderer Vorliebe sadistisch betätigte und bei dem das von mir ausgesprochene Verbot dieser Handlungen die größte Verwirrung hervorrief und die Analyse vor schier unlösbare Komplikationen stellte. Das Verbot wirkte sich insofern katastrophal aus, als Patient zu keiner direkten Befriedigung gelangen konnte, der unterdrückte Sadismus sich gegen ihn selbst konvertierte, die Zwangssymptome sich verschärften und verdrängte homosexuelle Neigungen aktiviert wurden.

Das Verbot von paraphilen Handlungen würde demnach nicht, wie in den unkomplizierten Fällen von Impotenz, ein Mittel zum Zweck sein, sondern bereits die Therapie als solche darstellen. Denn gelänge es dem Patienten, das Verbot einzuhalten, also von paraphilen Handlungen dauernd zu abstinieren, so wäre er auch schon symptomfrei, oder, subjektiv empfunden, gesund. Es wird daher angebracht sein, sich zunächst abwartend zu ver-

---

[1]) „Die dialektische Objektivierung des psychischen Konfliktes". Psychoanal. Praxis 1, 180 (1931).

halten und das endgültige Verbot erst in einem Zeitpunkt zu erlassen, in dem wir den Patienten auch wirklich für reif genug halten dürfen, um die leidvolle Phase zwischen dem Aufgeben der Krankheit und dem Erreichen der Gesundheit ertragen zu können. Dann aber müßte man mit aller Strenge auf Einhaltung des Verbotes bestehen.

f) Das Koitusverbot bei passagerer Impotenz kommt bei jenen nicht seltenen Fällen in Betracht, bei denen sich erst während der analytischen Behandlung eine Störung der Potenz zeigt und besonders bei jenen jugendlichen Patienten, die aus nicht ausgesprochen sexuellen Gründen die Analyse aufsuchen und nun zur Zeit der Behandlung ihre Impotenz feststellen müssen.

Die passagere Impotenz bei potent Gewesenen kann zu einer schweren Beunruhigung des Patienten führen — mag nun dieser Zwischenfall durch einen Fehler des Arztes oder auch ohne sein Zutun, auf Grund der Aufrollung der gesamten Sexualproblematik, zustande gekommen sein. Wenn z. B. ein Analytiker einem hypochondrisch agierenden Patienten vor Augen hält, daß man das, was man befürchtet, und sei es eine Impotenz oder dergleichen, auch wirklich akquirieren könne, und der Arzt auf diese Weise einen therapeutischen Effekt in bezug auf die hypochondrischen Vorstellungen erzielen will, damit aber nichts anderes erreicht als — eine passagere Impotenz, so ist diese natürlich nur wegen der genitalen Labilität des Patienten und seiner allgemeinen hypochondrischen Reaktionsweise möglich gewesen. Hier genügt eine entsprechende Erklärung und der Rat, sich doch nach wenigen Tagen von der wiedergekommenen Potenz zu überzeugen. Käme man aber mit einem „Koitusverbot" und ähnlichen „großen" Maßnahmen, so liefe man bloß Gefahr, die passagere Impotenz zu stabilisieren.

Tritt die passagere Impotenz während der analytischen Behandlung ohne „Verschulden" des Arztes, sondern spontan auf, dann soll, bevor das Koitusverbot ausgesprochen wird, das Symptom in seiner gesamten Breite und Tiefe einer eingehenden Analyse unterzogen werden, wobei übrigens an einen Mißerfolg, schon mit Rücksicht auf die früheren positiven Erfahrungen des Patienten, nicht zu denken ist.

Viel ernster ist die erst während der Behandlung in Erscheinung tretende Impotenz bei einem Manne zu werten, der noch keine Erfahrungen auf dem Gebiete der Sexualität gemacht und nun neben seinen ohnehin genug beschwerlichen Symptomen ein weiteres Leidensmoment, das Bewußtsein der Impotenz, zu verzeichnen hat. In der Analyse von jugendlichen Ereuthophoben [1]) habe ich derartiges verhältnismäßig häufig erlebt. Der Patient stand

[1]) S. meine Monographie: „Die Angst vor dem Erröten". F. Enke Verl. Stuttgart 1930.

wegen Ereuthophobie in Behandlung, seine Symptome, die ihn bisher an der Ausübung der Sexualität hinderten, begannen nachzulassen, so daß er, ermutigt, beschloß, zum erstenmal im Leben zu einem Mädchen zu gehen. Zu seiner größten Verwunderung aber mußte er eine vollkommene Geschlechtsunfähigkeit feststellen. Ich habe in solchen Fällen niemals gleich nach dem ersten mißlungenen Versuch ein Koitusverbot erlassen, sondern mich reserviert verhalten und lediglich auf den Einbau des neuen Symptoms in die bisherigen analytischen Erkenntnisse beschränkt. Ich habe auch nicht überrascht oder enttäuscht getan, vielmehr dem Patienten erklärt, daß das neue Symptom durchaus folgerichtig sei und im Einklang stehe mit der Gesamterkrankung. Dieser Zwischenfall war also nur begrüßenswert, da er, eindrucksvoller, als ich es je hätte erreichen können, die sexuellen Bedingtheiten der Ereuthophobie dem Patienten ad oculos demonstrierte. Ein Koitusverbot aber wäre nicht nur von keinem therapeutischen Nutzen gewesen, sondern hätte den Patienten nur dazu veranlaßt, dieses in seine gesamten Hemmungen der alloerotischen Strebungen einzufügen. Erst wenn er wiederholt und doch vergeblich den Koitus versucht, halte ich ein Koitusverbot für indiziert.

3. Wie ist die Reaktion des Patienten auf das Verbot? Es gibt kaum einen Impotenten, der nicht die Notwendigkeit dieser Maßregel einsehen würde. Doch lasse man sich durch die Willigkeit des Patienten nicht täuschen und sei auch stets skeptisch seinem Versprechen gegenüber, „alles zu tun", um den Erfolg zu beschleunigen. Impotente leisten meiner Erfahrung nach sehr viel versteckten Widerstand, trotzdem die Impotenz im allgemeinen als dankbares Objekt der analytischen Therapie zu bezeichnen ist.

Wenn wir von jenen, wie bereits hervorgehoben, seltenen Fällen absehen, in denen, dank dem Koitusverbot, der Erfolg spontan eintritt, weil das Nichtdürfen das bisherige Nichtkönnen ersetzt hat, so werden wir zwei Grundtypen in bezug auf die Stellung des Patienten zum Koitusverbot unterscheiden können.

Der häufigere ist derjenige Patiententypus, der trotz Willigkeit und Einsicht in die Notwendigkeit des Verbotes dieses doch regelmäßig überschreitet, so daß sich zuweilen die ganze Analyse zu einem Kampf um das Einhalten des Koitusverbotes und um die Klärung der aus seiner Mißachtung hervorgehenden Schuldgefühle gestaltet, wobei die aus der technischen Hilfsmaßregel des Koitusverbotes erwachsenen Widerstände therapeutisch sogar fruchtbarer werden können als eine streng eingehaltene allgemeine Sexualabstinenz. Die regressiv wiederbelebte Onanie und die sie begleitenden Phantasien, wie auch die nachfolgenden Schuldgefühle und Selbstvorwürfe ergeben ein reiches Material zur Erkennung der näheren Struktur des Widerstandes und seines Zusammenhanges mit der Übertragung innerhalb der jeweiligen analytischen

Situation. Das Koitusverbot als solches wird in seiner Wichtigkeit zurückgedrängt und es wäre unrichtig, dort auf dessen exklusive Durchführung zu bestehen, wo der Patient diese ohnehin erstrebt; weit wesentlicher ist es, die Widerstandsnatur und die Bipolarität seiner diesbezüglichen Bemühungen zu erkennen und entsprechend zu verwerten.

Den zweiten Typus repräsentieren mehr masochistisch gegliederte Fälle, welche auch sonst in ihrem Verhalten dem Analytiker gegenüber eine, ich möchte fast sagen, untertänige Haltung einnehmen. Von einem Überschreiten des Koitusverbotes in dieser oder jener Form kann bei ihnen keine Rede sein, sie verlangen bloß, daß der Analytiker selbst den Zeitpunkt bestimmen möchte, zu dem das Koitusverbot aufzuheben ist. Da, wie schon erwähnt, diese Zeitbestimmung außerordentlich schwierig ist und am ehesten dem Patienten selbst überlassen bleibt, wird sich gewöhnlich eine übermäßige Verlängerung der Abstinenzzeit ergeben. Es will fast scheinen, daß wir auch hier einem Widerstand gegenüberstehen, der sich darin ausdrückt, daß der Patient die Weisung des Arztes, den Koitus nicht zu versuchen, ad absurdum führen möchte, wobei die Verlängerung der Abstinenzzeit ad infinitum ihn im Erreichen des scheinbar gewollten, aber im Grunde doch verpönten Zieles hindert. Die Libidostauung kann in solchen Fällen nach anfänglicher Produktivität verflachen, ja der gesamte Sexualtrieb sich zurückziehen, so daß sich zuweilen Situationen ergeben, in denen der Patient einfach vergißt, zu welchem Zweck er sich behandeln läßt. Dieser Umstand wird noch bedeutend kompliziert durch die Tatsache, daß der Patient weder unter der Versagung, noch unter Versuchungen, die er geflissentlich zu meiden weiß, leidet.

Wie soll sich der Analytiker in dieser analytischen Situation zurechtfinden? Das Koitusverbot aufheben? Das wäre insofern unnütz, als der Patient doch gar nicht den Wunsch nach dem Koitus hat und diese Maßregel überdies die Autorität des Analytikers empfindlich schädigen würde. Zwischen der Scilla der Aufhebung und der Charybdis des Weiterbestehens des Koitusverbotes liegt die Besorgnis um den erstrebten Erfolg, die um so größer wird, je mehr man sich der für die Behandlung präliminierten Zeitgrenze nähert. Ich habe mir in solchen Fällen eine Taktik zurechtgelegt, die weder das eine noch das andere ausschließlich bevorzugt, sondern auf aktive Weise dem Patienten den Zweck der Behandlung, den Ernst seiner Erkrankung und die Notwendigkeit einer Entscheidung nach dieser oder jener Richtung hin vor Augen führt. Darüber hinaus versuche ich immer von neuem, dem Patienten die Widerstandsnatur seines Verhaltens klar zu machen und ihm den Rückzug der Libido als ein deutliches Zeichen des unbewußten Nichtwollens darzustellen. Außerdem habe ich es für richtig befunden, in jenen Fällen, in denen sich diese protrahierte Abstinenz teilweise auch mit der Unfähigkeit der Objekt-

findung begründen ließ, den Patienten besonders zu ermutigen, vor allem dann, wenn die Möglichkeit der Anbahnung einer sexuellen Beziehung gegeben war.

Zwischen den zwei extremen Typen der konsequenten Überschreitung und der konsequenten Einhaltung des Koitusverbotes liegt eine ganze Reihe von Grenzfällen mit unendlich variablen und individuell verschiedenen Verhaltungsweisen, so daß es einigermaßen schwierig ist, hier eine weitere systematische Rubrizierung vorzunehmen.

Erwähnen möchte ich bloß jene Impotente, bei denen das unbewußte, kategorische „Du darfst nicht!" vom Koitusverbot des Arztes bemäntelt und rationalisiert wird. Das innere Verbot wird vom äußeren umkleidet, erfährt hier eine wesentliche Verstärkung und beruft sich auf dieses, sobald die Abstinenz zu einer Triebansammlung führt. Bei Koitusversuchen kommt es gewöhnlich zu einer Erschlaffung des Gliedes mit oder ohne vorzeitiger Ejakulation. Die Entschuldigung für das Versagen lautet: „Du hättest das Verbot des Arztes nicht überschreiten dürfen!" Nun nimmt sich der Patient wieder zusammen und rüstet zu ernstlicher Einhaltung der Abstinenz, um diese doch wieder und zwar abermals erfolglos, zu durchbrechen. Und dennoch müssen wir auch hier dem Koitusverbot dankbar sein, da es uns, wie keine andere technische Maßnahme, ermöglicht, dem Patienten seine innere Hemmung in Form des „Du darfst nicht!" zu veranschaulichen und, im Anschluß daran, den jeweiligen spezifischen und individuellen Inhalt des inneren Verbotes zu erfassen.

4. Welche Erfolge bzw. Mißerfolge erreicht man mit dem Koitusverbot? Wir wollen hier nicht von den allgemeinen Erfolgsmöglichkeiten der aktivanalytischen Impotenzbehandlung sprechen, verweisen vielmehr zu diesem Zwecke auf die vorzüglichen Arbeiten von Stekel[1]), Gutheil[2]), Feldmann[3]) u. v. a., sondern wollen gemäß unserem Hauptthema die Frage aufwerfen, inwieweit das Koitusverbot diese Erfolge unterstützt oder ermöglicht, bzw. inwieweit es für Mißerfolge verantwortlich zu machen ist.

Die therapeutische Bedeutung des Koitusverbotes liegt in seiner finalen Tendenz, in der Erreichung von Erfolgen und möglichster Vermeidung von Mißerfolgen. Doch wollen wir klar stellen, daß selbst bei überlegenster Beherrschung der Technik des Koitusverbotes dieses allein niemals die Heilung herbeiführen kann. Darum dürfen wir es auch nicht für eine mißglückte Behandlung verantwortlich machen, denn es ist nichts anderes als ein Hilfs-

---

[1]) l. c.

[2]) „Ergebnisse der Impotenztherapie". Ztschr. f. Sex. Wiss. 14, 412 (1927); „Der gegenwärtige Stand der Impotenzbehandlung". Biol. Heilkunst 12, 358 (1931).

[3]) „Über akut entstandene Potenzstörungen". Psychoanal. Praxis 1, 123 (1931).

mittel der Impotenztherapie, als solches aber von großer Bedeutung und unserer besonderen Aufmerksamkeit würdig. Es wird streckenweise zum Hauptproblem der Analyse werden, erwünschte, weil die Erkenntnis fördernde Widerstände wecken, eine Stauung der Sexualität und ein dementsprechendes charakteristisches Agieren des Patienten innerhalb der Übertragungssituation hervorrufen und beim Kranken die Überzeugung von der Richtigkeit der analytischen Deutungen schaffen. Diese und ähnliche beachtenswerte Teilerfolge stempeln das Koitusverbot zu einem unentbehrlichen Bestandteil der psychischen Behandlung der psychischen Impotenz.

V. REFERATE

II. Psychologie

a) allgemeine

* **Jaensch, E. R.** (Marburg), **Über den Aufbau der Wahrnehmungswelt und die Grundlagen der menschlichen Erkenntnis, Teil II: Über die Grundlagen der menschlichen Erkenntnis.** VIII 594 S. J. A. Barth, Leipzig 1931. Geh. RM. 28.—, geb. RM. 30.—.

Vereinigt eine Reihe von bereits anderwärts veröffentlichten Arbeiten: J. selbst steuert die Einleitung über Aufgabe, Weg und Ziel der Untersuchungen bei (Zschr. Psychol. Bd. 114, S. 167), einen Grundriß der Kategorienlehre (ebenda Bd. 119, S. 1—108 u. 120, S. 46—125), ferner über: Die Bedeutung der Strukturtypologie für angewandte Psychol. u. Psychotechn. (Bh. Zschr. ang. Psych. 59), ferner die unveröffentlichten Beiträge: Die philosoph. Anthropol. nach empirisch. Methode, ihre Stelle und ihre Bedeutung in d. Phil. d. Gegenwart und einen Nachtrag z. Kategorienlehre, in dem über Optik und Haptik gehandelt wird. Von J. u. J. Schweicher liegen vor: Exper. Untersuch. über d. Begriffsbildung im anschaulichen Denken (Zschr. Psychol. Bd. 114, S. 185) von K. Schmitz: Das anschaul. Denken u. d. Frage einer Korrelation zwischen eidetischer Anlage u. Intelligenz (ebenda Bd. 114, S. 289), ferner H. Weber: Exper. psychol. Untersuchungen über Denken (ebenda Bd. 116, S. 1, s. Ref. Bd. 3, S. 549). — Einer weiteren Berichterstattung sind wir überhoben, da Heun, S. 195, alles wesentliche über die Grundlagen der Anthropologie von J. dargelegt hat. Aus dessen Ausführungen geht auch die vielseitige Bedeutung dieser Untersuchungen und Theorien für psychotherapeutische Auffassungen zur Genüge hervor. Wer sich aber der interessanten, wenn auch nicht immer mühelosen Arbeit des Studiums der Originalarbeiten unterziehen will, sei auf diesen Band ausdrücklich hingewiesen. R. Allers-Wien.

* **Wheeler, Raymond H.** (Kansas), **The laws of human nature (D. Gesetze d. menschl. Natur).** Nisbet & Co., London, Univ. Press, Cambridge 1931. XVI 232 S. sh. 5.—.

W. will auf Grund einer allgemein-biologischen Auffassung die Grundlagen der Psychologie entwickeln. Seine Anschauung ist eine konsequente ganzheitliche Betrachtungsweise, in ihrer geistreichen Ausführung in manche speziellere Probleme

hinein vielfach sehr anregend. W. entwirft zuerst ein Gesamtbild der heutigen Psychologie und gelangt in Erörterung der in den verschiedenen Richtungen sich zeigenden Konvergenzen zur Formulierung: relative Komplexität bezieht sich nur auf den strukturellen oder phänomenalen Aspekt einer Einheit, den Grad ihrer Differenziertheit; dem Wesen nach sind alle Einheiten gleich komplex oder einfach. W. entwickelt für die Gebiete: Leben, Verhalten, Wahrnehmung, Lernen, Gefühl und Wille, Persönlichkeit, eine Reihe von Gesetzen, die vielleicht weniger wichtig sind als Formulierungen, denn durch die vielen anregenden Gesichtspunkte, welche in den Begründungen vorgebracht werden. Jedenfalls hat man es hier mit einem folgerichtig durchgeführten Versuch grundsätzlich-systematischer Ordnung zu tun, der schon dadurch beachtlich wird. R. Allers-Wien.

* **Britan, Halbert H.** (Bates Coll., Lewiston M.), **The affective Conciousness. (D. affekt. Bewußtsein.)** Macmillan, New York. London 1931. XII 391 S. sh. 15.—.

Aus Vorlesungen hervorgegangen ist das Buch auch vornehmlich zum Studium und der Einführung bestimmt. Es unternimmt eine übersichtliche Darstellung des emotionalen Lebens und Erlebens unter den Titeln: Motive, Motivationswert der Erkenntnis, Gewohnheit, Schmerz, Lust-Unlust, Differenzierung des Affektbewußtseins, Emotionen, deren Funktion, Furcht, affektive Bedeutung der Sprache, Phantasie und Emotionales, soziale Anregung des Affektiven, ethische Emotion, ästhetische, religiöse, emotionale Haltungen. Der Standpunkt ist ein erlebnispsychologischer, mit deutlicher Wendung gegen den Behaviorism. Die Literatur ist wenig berücksichtigt, dem Einführungscharakter entsprechend. Daß, wie das Vorwort behauptet, seit Ribot (1889!) keine umfängliche Darstellung existiere, ist freilich nicht richtig — neben dem großen Werk von Maier gibt es gar manche kleinere aber bedeutende Studie; es fehlt so z. B. ein Hinweis auf die Anschauungen von Stumpf, die Versuche von Störring, die Lehren von Janet und vieles andere. B. interpretiert das Emotionale als dem Kognitiven parallel wirkend, dynamisch, der Einleitung von Handlungen und der Beistellung von Handlungsmotiven dienend. Reizvoll durch viele gute Einzelbemerkungen und durch die Geschicklichkeit der Darstellung, anregend auch in der Analyse mancher komplexer Zustände bleibt B. doch ziemlich in der Ebene der ersten Einführung, so daß das Buch wohl zu einer solchen aber nicht als eine monographische Darstellung des Fragenkreises sich eignet. R. Allers-Wien.

b) experimentelle

* **Rohracher, Hubert, Theorie des Willens auf experimenteller Grundlage.** (Zschr. Psychol. Erg. Bd. 21.) J. A. Barth, Leipzig 1932. X 194 S., geh. RM. 10.—, geb. RM. 12,40.

Die unter dem Einfluß von Erisman-Innsbruck entstandene Arbeit bringt zuerst dankenswerte Untersuchungen zur terminologischen und begrifflichen Klärung, welche zur Unterscheidung von Motivationsvorgang, Willensakt und Willenshandlung gelangen, darauf eine kurze und klare Übersicht über die Literatur, im 3. Abschn. die Versuchsanordnungen: Maximalleistungen am Ergographen, Versuche mit ausgestrecktem Arme, mit elektrischen Reizen, Wahlversuche, Hunger-, Vergleichs-, Aufmerksamkeitsversuche — 18 Vpp. Dem Vorgange der Auswertung der Protokolle wird wiederum kritische Beachtung gewidmet. Abschn. 4: Beziehungen des Wollens zu anderen seelischen Erscheinungen behandelt die verstärkende, erzeu-

gende und vernichtende Wirkung der Unlust auf den W.: aus Unlust entsteht unmittelbar ein Streben nach deren Beseitigung. Über Lust ist wenig festzustellen gelungen. Nach kurzen Bemerkungen über die Beziehung zur Aufmerksamkeit folgen ausführlichere Untersuchungen über W., Trieb und Ichbewußtsein und über das Wählen, aus deren Ergebnissen vor allem dieses genannt sei, daß der Entschluß nicht unmittelbar (wie das Arbeiten des Bonner Inst. — Skawran, Arch. ges. Psychol. Bd. 58 behaupten —) aus Gefühlen entstehe; es liege vielmehr das „Brückenphänomen des Strebens dazwischen, das sich aber nicht nur aus Gefühlen, sondern auch aus Gedanken und Vorstellungen entwickeln kann, und auf diese Weise die eigentlichen Motive darstellt". Unter Berufung auf die Unmittelbarkeit der Erfahrung tritt R. für das Bestehen einer eigentlichen „Willenskraft" ein, deren Größe z. T. vom W.-Ursprung abhänge und im Verlaufe eines Geschehens durch Hinzutreten weiterer Motive zu- oder abnehmen könne. (Immerhin wäre zu erinnern, daß allen solchen Aufstellungen die Untersuchung darüber voranzugehen hätte, inwieweit und in welchem Sinne die Kategorie: Quantität im Seelischen überhaupt Anwendung finden könne! Ref.). Einigen Erwägungen über Kausalität und Freiheit folgen solche über den Ablauf der W.-Erlebnisse, über deren Spezifizität, wobei R. zwar mit Brentano W. und Fühlen in eine Klasse zusammenfassen, sie aber innerhalb dieser wohl unterscheiden möchte, ferner einige Worte über Entwicklung, vornehmlich im Anschluß an Ch. Bühler, schließlich eine Darstellung der Gesetze des W.-Lebens: ein W.-Erlebnis entsteht, sooft eine persönliche, im Vergleich zu eventuellen Gegenstrebungen stärkere Tendenz auftritt; es ist ein sekundäres, wenn es die Mittel zur Erreichung schon vorhandenen W.-Zieles zum Gegenstande hat. Die Stärke eines W. wächst im Verhältnis zur Stärke der die W.-Verwirklichung behindernden Unlust bis zu ihrem, durch den Ursprung bedingten Höchstmaß. Nach gefaßtem Entschluß erzeugt das Auftreten neuer gleichzieliger Tendenzen eine Verstärkung, das anderszieliger oder das Wegfallen entschlußbestimmender eine Abschwächung. In einem theoretischen Abschluß meint R., daß ein W.-Akt dann erlebt werde, wenn die persönlichen Tendenzen sich den Strebungen gegenüber als stärker erwiesen haben: „das Erlebnis des Stärkerseins der persönlichen Tendenzen ist das Wollen." Die Betonung des personalen Momentes gegenüber den unpersönlichen und nur irgendwie von der Person angetroffenen Momenten des Triebes u. dgl. kennzeichnet die Grundauffassung R.s, dessen kluge Ausführungen und gedankenreiche Versuche allgemein interessant sind.

R. Allers-Wien.

Keller, Hans (Psychol. Inst. Rostock), **Psychologie des Zukunftsbewußtseins.** Zschr. Psychol. 1932. Bd. 124. H. 4—6. S. 211—290.

Man kann es als ein Symptom gegenwärtiger Geistigkeit ansehen, daß ihr die Zeit in allen ihren Abwandlungen mehr als dies für andere, nahe Perioden gilt zum Problem geworden ist. Dieses Interesse drückt sich nicht minder in der Philosophie (Heidegger, Cassirer u. a.) aus, wie in den verschiedenen eschatologischen Richtungen politischer und sozialorganisatorischer Absicht, in der schönen Literatur so gut wie in der Psychopathologie (Gebsattel, Minkowski, Straus u. a.) und nun auch in der experimentellen Psychologie, u. zw. — interessant genug gerade in der Wendung zur Frage nach dem Erleben der Zukunft. Der Studie von Hillebrand folgt nun diese Untersuchung K.s, die der bezeichneten Frage auf Grund von Überlegungen über die Arten des Z.-B. und auf dem Wege experimenteller

Erhebung (23 Vpp.) nahe kommen will. K. unterscheidet auf die Umwelt bezogene Inhalte des Z.-B.: was ich gewärtige, worauf ich gefaßt bin, bzw. nicht gefaßt bin, was ich scheue, wovor ich Angst habe; auf die Innenwelt bezogene: was ich leisten kann, dem ich gewachsen sein werde, bzw. was ich nicht kann. (Diese Analyse scheint mir, zumal was Angst betrifft, sich noch sehr im Vorläufigen zu halten. Übrigens stellt K. weitere Untersuchungen in Aussicht.) Die Versuche erstrecken sich auf das Wissen von Können — und auf das Gefaßtsein, Dinge die auch psychotherapeutischer und psychopathologischer Forschung wichtig sind. Weitere Angaben beziehen sich auf das Z.-B. „auf längere Sicht"; auch hier findet man viel Interessantes. Im Phänomen des Gefaßtseins glaubt K. als wesentliches Moment den Bekanntheits- bzw. Fremdheitseindruck entdecken zu können, während sich im Wissen um Nicht-Können tiefste personale Strukturen aussprechen. (Hoffentlich wird K. die wichtigen Täuschungserscheinungen auf diesen Gebieten in seinen späteren Untersuchungen berücksichtigen.) R. Allers-Wien.

c) **angewandte**

Lahy, J.-M., Mesure de la suggestibilité motrice. (Messung d. motor. Suggestibil.) Ann. psychol. 1932. Bd. 31, S. 242—245.

Angabe einer verbesserten Konstruktion eines Apparates, der erlauben soll, die Beeinflussung einer von der Vpp. auszuführenden Bewegung durch Einführung von Zwangsbewegungen messend zu verfolgen. R. Allers-Wien.

d) **Entwicklungspsychologie und Pädagogik**

*** Booth, Meyrick, Youth and Sex (Jugend und Geschlecht).** Allen & Unwin, London 1932. 224 S. Sh. 5.—.

Dieses offenbar aus lebendiger Erfahrung und starkem Empfinden für alle psychologischen und sozialen Fragen der Gegenwart geschriebene, von großem Wissen getragene Buch versucht die seelische Struktur der Jugend auf dem Hintergrunde der heutigen Welt und damit in Abhebung von der jüngsten Vergangenheit zu verstehen, um von hier aus den speziellen sexualpsychologischen und sexualpädagogischen Fragen näher zu kommen. Wer freilich das Letzte und gerade in Schwung Befindliche als das „Fortgeschrittenste" anzusehen sich gewöhnt hat, unbeschwert von sachlichen Erwägungen, wird von dieser Schrift enttäuscht sein. Denn ihr erscheint jede „Rückkehr zur Natur", jede wahllose Ungebundenheit auch als „Rückschritt" und Zeichen des Verfalles. Vieles mag in den Ausführungen B.s nur für England oder anglo-saxonische Länder gelten. Vieles aber verdient allgemeine Beachtung. Stoffgliederung: Der moderne Hintergrund — Übergang, moderner Geist, alte und neue Generation; Psychologie der Jugend — die neue Psychol., Kindheit, Jugend, Sexualunterweisung; Besondere Fragen — Sexualität und Unterricht, Sexualpsychol., Mädchenerziehung, Koedukation, letzte Fragen. Deutsche Literatur zum Thema ist vielfach und gründlich benutzt. R. Allers-Wien.

Baumgarten, Franziska (Bern), **Der Werdegang eines Wunderkindes.** Ztschr. angew. Psychol., 1932. Bd. 41, H. 4—6, S. 473—498.

24jähr. Musiker, über dessen Leistungen als 13jähr. Dirigent B. in ihrem Buch „Wunderkinder" (1930) berichtete, hat sich jetzt über seine künstlerische Entwicklung schriftlich geäußert. Wenn er auch als Mann nicht enttäuscht, so scheinen — nach seinen eigenen ausführlich wiedergegebenen Äußerungen — wirklich musi-

kalische Begabung, praktischer Sinn und ausdauerndes Studium die Grundlagen zu sein. Experimentelle Untersuchungen sollen belegen, daß sich bei ihm gutes musikalisches Gedächtnis mit schwachen Leistungen anderer Gedächtnisarten verbindet. W. Hansen-Münster i. W.

Decroly, O. u. M.-L. Wauthier. Contribution à l'étude des enfants bien doués. Biographie et examen mental d'un enfant bien doué harmonique. (Zur Kenntn. gut begabt. Kinder. Biograph. u. psych. Untersuch. eines harmon. gut. begabt. Kindes.) Ann. psychol. 1932. Bd. 31, S. 97—129.

Vorangestellt sind einige allgemeine Ergebnisse, darunter: gut begabte Kinder entstammen überwiegend Familien von gehobenem sozialen und intellektuellen Niveau; die Zahl der Knaben ist um etwa 10% größer; das durchschnittliche Körpergewicht übertrifft den allgemeinen Durchschnitt um etwa $^3/_4$ Pfd., die begabten Kinder gehen 1 Mon. früher, beginnen 3,5 Mon. früher zu sprechen, treten früher in die Pubertät, was besonders bei den Mädchen deutlich ist (48% mit 13 Jahren gegen 25% in der Bevölkerung); mit der besseren Begabung und dem damit verbundenen besseren Schulfortschritt ist auch eine bessere charakterliche Anlage verbunden. — Es folgt die eingehende Biographie eines Knaben, geboren 1923; die persönlichen Untersuchungen beginnen mit 5; 2. Sie im einzelnen wiederzugeben ist nicht möglich. Sie seien aber als ein Beispiel für eine wirklich allseitige Beobachtung ausdrücklich empfohlen. R. Allers-Wien.

* **Birnbaum, Ferdinand** (Wien), **Die seelischen Gefahren des Kindes.** Ein individualpsychologischer Wegweiser zur Verhütung der Schwererziehbarkeit. (Beih. Internat. Ztschr. Ind. Psychologie H. 5.) S. Hirzel, Leipzig 1931. 123 S. RM. 4.50.

B. sagt im Vorworte, er wolle Wege weisen, um das seelisch gesunde Kind ungefährdet durch die Gefahrenzone durchzubringen, „seine Wendung ins Kriminelle, aber auch in die Neurose verhüten, während die landläufige Vorbeugungspädagogik sehr oft dazu führt, die Entwicklung ins Kriminelle durch die Entwicklung zum Neurotiker zu erkaufen und umgekehrt". Dabei soll „das gesicherte Wissen, das Grundsätzliche über den Ansatz zu einer ind. psychologischen Vorbeugungstechnik" ausführlich besprochen werden. B. will also das Verständnis für richtige Vorbeugungsmaßnahmen bei einer Reihe von Erziehern wecken und vertiefen und gleichzeitig die Stellungnahme der Ind. Psychol. zum Problem der Schwererziehbarkeit und ihrer Verhütung dartun. Wie weit allerdings beiden Aufgaben mit den Ausführungen B.s gedient ist, muß dahingestellt bleiben. Sie werden in einer Reihe von Publikationen anderer Autoren aus der ind. psycholog. Schule in viel günstigerer Weise gelöst, weil diese Autoren sich zu beschränken wissen, während B. alles auf den 123 S. erledigen zu müssen meint, so daß seine Ausführungen eher einem Wörterbuch aller ind. psycholog. Termini, die je geprägt wurden, gleichen als einer Einführung in das Erfassen pädagogischer Situationen, einem Weg zu richtiger erzieherischer Einstellung. So finden wir beispielsweise unter dem „Schlagwort" zur Wahrheitsliebe Nachfolgendes: „Auch hier finden wir wieder als Ideal die Reizkonzentration von Zuverlässigkeit und Erfindertum. Wir üben das Kind planmäßig in genauen Aussagen über Gesehenes oder Gehörtes, wir lassen es beispielsweise bei entlarvten Zauberkunststücken das Gesehene mit dem, was wirklich geschehen ist, vergleichen, wir lassen sie bei den Aufsätzen genau angeben, ob sie echte oder ‚frisierte' Erlebnisdarstellung geben wollen." Sehr ungünstig für die praktische Brauchbarkeit des Buches ist die sprachliche Unklarheit vieler

Stellen, die schon in dem recht mißverständlichen Titel ihren Ausdruck findet, und die Verwendung der vielen Termini und Fremdworte, die oft recht wenig eindeutig und durchsichtig sind. So wird beispielsweise von der Taktik des „rechtsphilosophischen Geplauders“ gesprochen, von dem „pädagogischen Beiseite“ der „Technik der Standpunktkorrektur“ und anderem mehr. Wenn man beispielsweise, um nur eine der kürzlich erschienenen individualpsychologischen Publikationen zu nennen, Wexbergs „Sorgenkinder“ neben die Arbeit B.s stellt, so wird ohne weiteres klar, wie sehr gerade die Einfachheit der Darstellung und die Durchführung eines Grundgedankens, ohne daß dabei allzuviel von Grundsätzlichem geredet wird oder eine Berufung auf die gesamte ind. psycholog. Literatur erfolgt, wirklich Verständnis für Schwererziehbarkeit und für ind. psycholog. Wege, sie zu bekämpfen, gewonnen werden kann. H. Hetzer-Elbing.

Lipszyc, Sophie (Warschau), **Testproben in d. individualpsychologischen Praxis.** Internat. Zschr. Ind. Psychol. 1932. Bd. 10, H. 1, S. 56—59.

Holub, Martha (Wien), **Individualpsychologische Tests,** ebenda S. 59—71.

Da die Ind. Psychol. den durch Tests gewonnenen Ergebnissen keinen besonderen prognostischen Wert beimißt, hat sie sich für ihre Anwendung bisher nicht interessiert. Ihr kommt es auf die Grundhaltung der Persönlichkeit an, die aus Kindheitserinnerungen, Berufswahlphantasien, und Träumen viel leichter zu erschließen ist. Trotzdem müssen sich Tests auch für die indiv. psych. Erziehungsberatung nutzbar machen lassen, insofern sie für die Persönlichkeit charakteristische Reaktionen auszulösen vermögen. Auch die üblichen Intelligenztests könnten zum Nachweis des Behandlungserfolges beim Pseudoschwachsinn Verwendung finden. Bedingung für die Anwendung von Tests ist, daß ihr Ergebnis ohne Zwang auf möglichst natürlichem Wege erreicht werden kann, und daß sie nicht allein, sondern mit den übrigen Befunden gemeinsam gedeutet werden. H. hat auf Anregung von L. erste Versuche zur Einführung indiv. psych. Tests in die Erziehungsberatung unternommen. Verwendet wurde eine Serie von 10 Bildern, die Szenen aus dem kindlichen Leben darstellen. Durch Betrachtung dieser Bilder soll sozusagen die „soziale Reaktion“ der Probanden ausgelöst werden. Natürlich kann die Auswertung der Ergebnisse nicht, wie bei den gebräuchlichen Intelligenztests, in schematischer Weise erfolgen. Die kindlichen Äußerungen zu den vorgelegten Bildern unterliegen der psychologischen Deutungsmethode, bei der sich stets auch der persönliche Faktor des Deutenden zur Geltung bringen wird. Doch zeigt die mitgeteilte Kasuistik, daß die Arbeit des Erziehungsberaters auf diese Art in manchen Fällen gefördert und erleichtert werden kann. J. Maas-Karlsruhe.

Müller, Andreas, Abhängigkeit der Schulleistungen von wirtschaftlichen und sozialen Einflüssen. Arch. f. d. ges. Psychologie, Bd. 83, Heft 1/2, 1932. S. 119—196.

Untersucht wird, unter der Leitung von K. Marbe, eine aus 50 Mädchen bestehende Volksschulklasse des 4. Schuljahres. Die Kinder werden nach dem Einkommen (wirtschaftl. Lage) und dem Beruf (soz. Lage) der Eltern in Reihen gebracht, die zu der Rangordnung ihrer Gesamtleistungen, sowie ihrer Sprach- und Rechenleistungen in Beziehung gesetzt werden. Die Korrelationen sind durchweg hoch, bes. zur sozialen Stellung der Eltern, die die sprachlichen Leistungen am stärksten beeinflußt. Da M. die häuslichen Verhältnisse und die Individualität der einzelnen Kinder gut kannte, vermochte er nach und nach alle Fälle, in denen

die Leistungen durch bes. Umstände beeinflußt waren, aus der Berechnung auszuschalten. Die gesuchten Korrelationen erhöhten sich dabei z. T. beträchtlich (Einkommen — Gesamtleistung + 0,93, soz. Stellung — Gesamtleistung + 0,97). Durch diese Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse erhält die Arbeit, trotz der zahlreichen Massenuntersuchungen zu ähnlichen Themastellungen, besondere Bedeutung. W. Hansen-Münster i. W.

***Rose, Heinrich** (Breslau), **Die Erziehung zur Wahrhaftigkeit.** Priebatsch's Bh., Breslau 1932. 44 Seiten. RM. 1.20.

Unter Benutzung meist älterer Literatur werden die wichtigsten Motive für unwahre Kinderaussagen dargelegt und pädagogische Folgerungen daraus gezogen. Der Standpunkt R.s grenzt stark an mechanistische Auffassungen. Er erstrebt Stiftung, Bahnung oder auch Hemmung von Assoziationen. Damit hängt es wohl auch zusammen, daß er in der Schulung der Beobachtung nach dem Muster Montessori's eines der wichtigsten Mittel der Erziehung zur Wahrhaftigkeit sieht. Die neuere Kinderpsychologie und die Gedanken der modernen Pädagogik werden kaum berücksichtigt. W. Hansen-Münster i. W.

Karger, Paul (Kinder-Klin. Berlin), **Die Klinik der Bewegungsformen.** Ein führender Symptomenkomplex in der Diagnostik und Therapie der Neuropathie des Kindesalters. Dtsche Med. Wschr. 1932, H. 3, S. 81—84.

Die methodisch wichtige Arbeit geht davon aus, daß psychische Geschehnisse der naturwissenschaftlichen Betrachtung nur in der Form der Bewegung zugänglich sind. Normale und abnorme psychische Abläufe müssen also durch das Studium der Bewegungen diagnostisch erfaßbar sein. Unter Neuropathie wird dabei die Gesamtheit abnormer Reizbeantwortung verstanden, soweit sie nicht durch organische Nervenleiden verursacht ist. — Mit dem Ende des ersten Trimenon, wenn der Bewegungsablauf vom Stadium der agilen Ataxie zur Zielstrebigkeit, vom Reflex zur Willkürhandlung übergeht, setzt die systematische Beobachtung des Säuglings ein. Wenn das Kind mit den Augen einen Gegenstand verfolgt, so deutet das auf eine willensmäßige Hemmung aller möglichen Augenbewegungen hin, die dem beabsichtigten Effekt nicht dienen. Wird das Fixieren nicht zu angemessener Zeit gelernt, muß auf mangelhafte oder verspätete Intelligenzentwicklung geschlossen werden, also aus einer peripheren Bewegung auf zentrales Geschehen. Auch die weitere Entwicklung wird an den Wandlungen der Bewegungsformen abgelesen: Nah- und Fernraum werden in gesetzmäßiger Reihenfolge durch Greifen, Kriechen und Laufen erobert. „Ein Kind, das nicht greifen kann, lernt auch nicht laufen!" Die Bewegung in Form der Willkürhandlung ist abhängig von der Entwicklung des Intellekts: Der torpide Idiot liegt teilnahmlos da, der agile zeigt einen Bewegungssturm ohne Zielstrebigkeit, der Rachitiker lernt die Statik wegen seiner zerebralen Störung nicht, obwohl Knochen und Muskeln jede Bewegung gestatten würden. Zu diagnostischen Zwecken müssen die Bewegungen des Kindes daraufhin beobachtet werden, ob sie vom Willen beherrscht sind, oder ob sie unbeherrschte Triebhandlungen oder endlich pathologisch gewordene Reflexe bedingter oder unbedingter Art darstellen. Darunter fällt auch die Verwertung der Handschrift und der frühkindlichen Kritzeleien zur Beurteilung von feineren Unterschieden des Temperamentes und der Intelligenzentwicklung. Wie es möglich ist, therapeutisch auf seelische Mechanismen einzuwirken, indem man peripher an ihrem Bewegungsniederschlag angreift, demonstriert K. sehr anschaulich an dem Beispiel der Tikbehandlung

durch systematische Übung der bewußten Innervation der Tikbewegungen. In das gleiche Gebiet therapeutischer Beeinflussung neuropathischer Bewegungsformen gehört das für den normalen Säugling völlig überflüssige Säuglingsturnen und für das ältere Kind die Dalcroze-Methode komplizierter rhythmischer Übungen.

J. Maas-Karlsruhe.

Liefmann, Else (Freiburg i. Br.), **Volksschülerinnen, ihre geistigen und körperlichen Leistungen und die Beziehung zur Konstitution.** Ztschr. angew. Psychol. 1932, Bd. 42, H. 1—3, S. 102—119.

Psychologisch-medizinische Untersuchung als Beitrag zum Leib-Seele-Problem, zur Frage nach der Quelle der Gesamtleistungsfähigkeit des Individuums; sie erfaßt 152 Volksschülerinnen von 9,6—10,6, die hinsichtlich ihrer gnostischen und praktischen Intelligenz sowie ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, ferner der Konstitution und der häuslichen und gesundheitlichen Verhältnisse untersucht und geprüft wurden. Von einer typischen Beziehung der geistigen und körperlichen Leistungen untereinander war nichts zu bemerken. „Es ist wohl möglich, gewisse Abhängigkeiten der psychischen Energie von der physischen Konstitution zu erkennen, aber es bleibt uns unmöglich, im Einzelfall uns jene Willensströme zu verdeutlichen, die die geistigen wie die körperlichen Anlagen speisen und damit erst zur Leistung befähigen.“ Die engste Beziehung fand sich zwischen geistiger Begabung und den Zeichen körperlicher Gesundheit, ebenso zwischen schlechter Begabung und einigen typischen Krankheitssymptomen. Damit wurde die Bedeutung der körperlichen Gesundheit für die geistige Leistung an einer größeren Kindergruppe wissenschaftlich nachgewiesen.

M. Schroer-Essen.

III. Psychophysisches

a) Psychogenese

Winsor, A. L., The effect of mental effort on parotid secretion. (Wirk. geistig. Arbeit auf Parotissecretion). Amer. J. Psychol. 1931. Bd. 43. H. 6. S. 434 bis 436.

Mit Beginn der geistigen Arbeit sinkt die Par.-Sekr. plötzlich und bleibt während der Arbeit herabgesetzt.

R. Allers-Wien.

*** Lersch, Philipp, Gesicht und Seele.** Grundlinien einer mimischen Diagnostik. E. Reinhardt, München 1932. 168 S., 10 Taf. Geh. RM. 6.50, geb. RM. 8.50.

Psychologie, eng verknüpft mit dem Wandel der Weltanschauungen, ist die Grundlage aller Ausdruckslehren, und wo sie sich ändert in Methoden und Ergebnissen, da wird das Bedürfnis laut, auch die von ihr abhängigen Untersuchungsgebiete zu beobachten, zu durchforschen und zu ordnen. Wenn Darwins Ausdruckslehre der finalen Naturbetrachtung entsprang, Lavaters Physiognomik der kausalen Denkweise dienen mußte, so beruht das Buch von L. auf dem Bekenntnis der psychophysischen Koinzidenz. L. befaßt sich, dem Titel gemäß, mit der Untersuchung, d. h. Darstellung und Interpretation menschlicher Mimik auf Grund eines großen empirischen Materials (nahezu 200 filmische Abbildungen illustrieren das Buch). L. unterscheidet Effektiv-, Signifikativ- und Spontanzeichen. Als „Effektivzeichen“ faßt er alles von Menschen als Ausdruck Geschaffene (Kunstwerke, Zeitstile) und gewinnt so für seine Sonderuntersuchung der „Spontanzeichen“, d. h. der unwillkürlichen mimischen Vorgänge den größeren Rahmen, den man

heutzutage verlangt, um Ergebnisse einer Einzelbetrachtung bestätigt zu finden in größeren Zusammenhängen. Physiognomik ist für L. die Summe statischer körperlicher Erscheinungen als Zeichen seelischer Eigenart. Sie besteht ihm aus „architektonischen" Merkmalen, die nicht als eigentlicher Ausdruck gelten können, weil sie dem Seelischen nicht koexistentiell gleichwertig sind, und aus der „mimischen Spur", die allein Bedeutungswert hat für das Studium spontaner psychophysischer Zusammenhänge. Mit dieser „mimischen Spur" befaßt sich der praktische Teil. Der Zweck ist: subjektive Ausdrucksqualität objektiv zu belegen, also „Grundlinien einer mimischen Diagnostik" aufzustellen. Sein Untersuchungsprinzip, das 1. die mimischen Gegebenheiten; 2. den anatomisch-physiologischen Vorgang; 3. die psychologische Bedeutung; 4. den charakterologischen Sinn des Ausdrucks umfaßt, gewährleistet eine systematische Auswertung des zahlreichen Materials. Dies Untersuchungsprinzip wird auf die differenziertesten Einzelheiten des Gesichts angewandt wie Öffnungsgrad des Auges, Blickrichtung, Stirnfaltung, Reaktionen des Mundes, wobei speziell das Dynamische für die charakterologische Beurteilung verwertet wird. Zu einer sicheren Diagnose bedarf es der Zusammenhänge aller Einzelmomente. Die Ergebnisse und das interessante Bildmaterial sind für den darstellenden Künstler von Bedeutung ebenso wie für jeden, der es mit der Beurteilung von Persönlichkeiten und mit den Erscheinungsformen psychischen Geschehens zu tun hat. G. R. Heyer-München.

c) Physiologie

Bělehradek, Jan, D. Entwicklung d. inneren Sekretion. Prak. lek. 1931. Nr. 16, S. 449—451.

Die Betrachtung der inn. Sekr. vom historischen Standpunkt aus muß von der Erkenntnis ausgehen, daß erst die morphologische Integration und die physiologische Koordination aus den einzelnen Teilen und Funktionen des Körpers das harmonische Ganze des lebenden Organismus gemacht haben. Diese verganzheitlichende Aufgabe hat entweder stofflichen oder nervösen Charakter. Die stoffliche Koordination durch Diffusion von Molekülen, die fördernd oder hemmend wirken kann, ist entwicklungsgeschichtlich die älteste. Eine Beschleunigung dieses Einflusses wurde durch Bildung eines inneren Milieus von Blut und Lymphe ermöglicht; gleichzeitig entwickelte sich aber auch die Regulation auf dem Wege der Nervenbahnen. In der letzten Phase schließlich entstanden die einzelnen Hormone und zwar durch Spezialisierung der Allgemeinprodukte der Lebenstätigkeit. Für diese Entstehungsart spricht der Umstand, daß diese Produkte wirklich auf die Organe fördernd oder hemmend einwirken (CO_2, Milchsäure usw.), sowie der Nachweis, daß die echten Hormone mit diesen Zerfallsprodukten Gemeinsamkeiten aufweisen. Die inkretorischen Drüsen selbst entwickeln sich niemals selbständig, sondern in lokaler, entwicklungsmäßiger oder funktioneller Abhängigkeit von anderen Organen, z. B. dem Sympathikus. Es ist übrigens möglich, daß sich auch die nervöse Koordination auf stofflichem Wege vollzieht. H. Zweig-Brünn.

V. Klinik

a) Psychiatrie

***Klatt, Georg, Psychologie des Alkoholismus.** C. Marhold, Halle a. S. 1932, 79 S., geh. RM. 2.75.

Kl. versucht die Frage nach den seelischen Gründen des Alkoholismus zu erforschen. Er zieht nicht nur den eigentlich Trunksüchtigen, sondern auch den

gewohnheitsmäßig mäßig Trinkenden in den Kreis seiner Betrachtungen. Die Frage, warum die Menschen genießen, könne nur die eine Antwort finden: Wegen der berauschenden, erheiternden, euphorischen Wirkung, die es zuwege bringt, daß alles Störende, Quälende, Lastende, Bedrückende, das den Menschen Tag für Tag um sein volles Wohlbefinden bringt, wie durch einen Zauber verschwindet. Bei dem Versuch, die psychologischen Bedingungen, aus denen der Rausch (R), das Rauschbedürfnis herauswächst, zu untersuchen, folgt er im wesentlichen den Gedankengängen Nietzsches und A. Adlers, gelangt dabei zur Aufstellung des Begriffspaares R. aus der Fülle der Seele — R. aus der inneren Leere, und glaubt damit eine grundsätzliche Klärung der ganzen R.-Frage gewinnen zu können. Zwei verschiedene Welten stellen sich in den beiden Gegensätzen von den äußersten Enden der biologischen Wertskala dar. Und doch sind sie einander zum Verwechseln ähnlich, und in der Tat werden sie von der Welt unaufhörlich verwechselt. „Wenn der Erschöpfte mit der Gebärde der höchsten Aktivität und Energie auftrat ..., dann verwechselte man ihn mit dem Reichen" (Nietzsche, Bd. XV N. 48). In dem aus der Fülle stammenden R. erkennen wir eine im höchsten Grade lebenssteigernde Macht; der R., der aus der Sehnsucht nach dem Anderssein geboren wird, entfremdet den Menschen immer mehr der Wirklichkeit, dem Leben, er höhlt ihn innerlich aus, er ist lebenszerstörend. Der Alkohol ist nicht als eine für sich bestehende Erscheinung anzusehen, er ist nichts als ein Sonderfall des R. im allgemeinen. Für ihn gilt das, was für die Gattung des „R. aus der Leere" zu sagen ist. Die Alkoholiker wählen den Alkohol nicht unter einer Reihe von R.-Mitteln aus: sie nehmen dasjenige Mittel, das sich ihnen dank den Trinkanschauungen und Trinksitten anbietet. Der Trinker ist ein Neurotiker, ein Mensch mit starken Minderwertigkeitsgefühlen, der sich in den Alkohol flüchtet, weil er mutlos ist. Für ihn ist der Alkohol ein bequemes Mittel, allen ernsten Kämpfen auszuweichen, sich aus der Wirklichkeit in eine konfliktlose Scheinwelt zurückzuziehen. — Den Weg zur Heilung der Trunksucht sieht K. in der indiv. psychol. Analyse, die mit einem Alkoholsüchtigen genau wie mit jedem Neurotiker zu verfahren habe. — K. sucht auch den Ursprung der Trinksitten psychologisch zu untersuchen und berührt dabei die Zusammenhänge zwischen dem Gebrauch der berauschenden Getränke mit den mythologischen Vorstellungen der primitiven Völker. Die berauschenden Getränke erschienen den primitiven Menschen als mit göttlichen Kräften begabt, sie dienten als Zaubermittel dazu, sich mit höheren Mächten in Verbindung zu setzen, der Gebrauch dieser Mittel wurde Kulthandlung. Zu Genußmitteln wurden sie erst viel später. Die magischen Anschauungen finden zwar in unserem heutigen bewußten Denken keinen Platz mehr, sie sind jedoch nicht tot, sondern erfreuen sich noch eines geheimen Lebens. Auch die Zusammenhänge zwischen Geschlechtlichkeit und Religion seien geeignet auf die eigenartige Verbindung von religiösem Gefühl und Alkoholr. ein aufhellendes Licht zu verbreiten, jedoch sei der Gedanke der Ps. A., daß das Geschlechtliche, insbesondere die Homosexualität den Boden bilde, auf dem sich der Alkoholismus entwickele, mit aller Entschiedenheit abzulehnen. In dem letzten Kap. behandelt K. schließlich den R. des Künstlers, wobei er namentlich die Ergebnisse von Umfragen von Fr. v. Hausegger und R. Presber und eine französische Umfrage in der „Revue" verwertet. Wenn der Alkohol auch wirklich hier und da einem Künstler in Gestalt von bunten Einfällen und Bildern Stoff zu seinem Schaffen liefere, so sei doch diese Hilfe zweifelhafter Art; es stehen den günstigen Urteilen über seine

Wirkung so viele verurteilende Zeugnisse gegenüber, daß man sich jedenfalls sehr hüten müsse, einem Künstler den Alkohol als künstlerischen Anreger zu empfehlen. J. Jacobi - Gießen.

* **Kauders, Otto** (Psych. Klin. Wien), **Zur Klinik und Analyse der psychomotorischen Störung.** S. Karger, Berlin 1931. (Beih. 64 d. Monschr. Psych.) 132 S. RM. 12,60.

K. geht von dem heute immer noch viel zu sehr vernachlässigten Wernicke aus. Seine heuristische Einstellung ist: Wie verhält sich der Geisteskranke gegenüber seinen abnormen motorischen Äußerungen und wie erlebt er sie. Er fand, daß, je mehr die Verwirrtheit steigt, desto persönlichkeitsnäher die eigene motorische Störung wurde. — Interessant sind folgende Versuche: Forderte man einen Kranken in einem Stadium, in dem die neurologische Bewegungsstörung schon beträchtlich abgeklungen war, auf, diese Bewegung an sich absichtlich hervorzurufen, so kam es nicht nur zu einer mehr oder weniger gelungenen Darstellung und Wiederholung der seinerzeitigen Jaktationen und Zuckungen, sondern der Kranke verfiel alsbald in eine echte motorische Unruhe, die wie ein Rezidiv wirkte. Gleichzeitig damit trat aber auch das korrelate psychische Erlebnis auf. Dies nennt K. „Wiederholungsexperiment". Die eigene Bewegungsunruhe wurde auch in halluzinatorische Vorgänge hineinprojiziert. In deliranten Zuständen ging die Bewegungsstörung vollkommen als Ganzes in delirante Bewußtseinsinhalte über. — In einem Teil der Fälle bestand eine Tendenz, mannigfache choreatiforme Bewegungen in ihrer Auffälligkeit zu motivieren, also ganz im Sinne der ursprünglichen Wernickeschen Darstellung. K. weist auf die intime Koppelung zwischen Affekt und motorische Erregung hin. K. nimmt dann zu dem interessanten Fall von Pötzl im Hinblick auf die James-Langesche Affekttheorie Stellung: In diesem Fall war eine Zyste im Stirnhirn punktiert worden. Vorher hatten Apathie und Akinese bestanden. Durch die Punktion wurde eine ausgesprochene Euphorie und Witzelsucht hervorgerufen. — Andere Typen mit motorischem Verhalten waren wieder rein psychologisch zu deuten. Das Wiederholungsexp. gebe eine Gesamtsituation wieder, die charakteristischerweise auch zu einer Zeit ausgelöst werden könne, zu der sie in den nachweisbaren seelischen Inhalten und motorischen Äußerungen der Persönlichkeit nicht mehr aktuell gegeben sei. In Abschn. 3 nimmt er Untersuchungen an Delirium tremens-Kranken vor. Es gelang ihm in sehr vielen Fällen, mit Hypnose diese Kranken nicht nur vorübergehend in hypnotischen Tiefschlaf zu bringen, sondern es war auch möglich, in diesem hypnotischen Zustand die Bewegungsunruhe weitgehend zu beeinflussen und sie zeitweise ganz zum Schwinden zu bringen. Mit dem suggestiv provozierten Wiedererinnern bestimmter Bestandteile des Delirs trat ein Wiedererleben ein, das direkt in die Gesamthaltung motorisch und psychisch während des Delirs, freilich in abgeänderter Weise, überleitete. Die delirante Bewegungsunruhe des Trinkers sei eine psychomotorische Verhaltungsweise und habe die Tendenz, sich zum einheitlichen Erlebniskomplex der deliranten Situation hinauf zu entwickeln. Bei längerem Bestehen einer Hyperkinese pflege sich eine distinkte Stellungnahme der Persönlichkeit zu ihr zu verlieren. Von der vielgestaltigen Psychomotorik während der Geisteskrankheit, insbesondere soweit sie dem darstellungsmäßigen und dem reaktiven Typus angehöre, ergebe sich kein Übergang zu den motorischen Verhaltungsweisen der normalen Persönlichkeit. Der biologische Genesungsvorgang betreffe zunächst mehr die

motorischen Erscheinungen. Die psychomotorische Gesamtsituation stelle sich als eine einheitliche Erlebenssituation, als ein Erlebens-Ganzes dar, in dem motorische und seelische Verlaufsreihen besonders betrachtet und erforscht werden können, aber stets nur Teilansichten einer einheitlichen Erlebnisstruktur sind. Das motorische Bilderlebnis könne im Delirium tremens zugleich zu einem bildhaften optischen werden. Es folgt eine Stellungnahme zu Flach, Psychologie der normalen Ausdrucksbewegungen, desgl. zu den Theorien von Klages. K. demonstriert schließlich einen interessanten, wenn auch nicht besonders ungewöhnlichen Fall von hysterischem Anfall und meint, der hysterische Anfall werde zum Ersatz und zur Fortsetzung der sprachlichen Äußerung, was in diesem Falle zutrifft. Ref. hält es nicht für glücklich, daß auch der hysterische Anfall unter die „psychomotorischen" Verhaltungsweisen gerechnet wird, selbst wenn man ihn, wozu K. neigt, mit Kretschmer als archaischen Bewegungssturm auffaßt. K. schließt seine interessante Studie im Sinne Wernickes mit den Worten, daß die Motorik der Geisteskranken die neben der sprachlichen Äußerung wichtigste Ausdrucksform der geisteskranken Persönlichkeit sei. Auch diese Studie zeigt wieder, daß die Berücksichtigung sowohl der neurologischen wie der psychologischen Komponenten uns ein lebendigeres Bild der Motorik der Geisteskranken verschafft als die einseitig psychologisch orientierten Theorien. Aus diesem Grunde möchte Ref. der Studie weiteste Verbreitung wünschen, die in der wissenschaftlichen Gesamthaltung mit dem Schlagwort „Ganzheitsbetrachtung" charakterisiert werden kann, weshalb sich auch zwangsläufig bei K. eine erweiterte Definition der Wernickeschen Definition „psychomotorisch" entwickelt. H. Krisch-Greifswald.

***Meyer, Fr.** (Neuhaldensleben), **Das retikulo-endotheliale System der Schizophrenen.** Experimentell-klinische Untersuchungen zum Schizophrenieproblem. S. Karger-Berlin. 1931. (Mon. Schr. Psych. B. H. 65.) S. 124. RM. 12.—.

M. hat sich der undankbaren Aufgabe unterzogen, das ret.-endoth. System bei Schizophrenen (60) Paralytikern, Epileptikern, Imbezillen sowie Manisch-Depressiven und Enzephalitikern zu untersuchen. (90 Fälle, der Mehrzahl nach Schizophrene.) Derartige somatisch gerichtete Untersuchungen, zumal bei Schizophrenie, sind besonders zu begrüßen, da eine ätiologische Lösung des Schizophrenie-Problems wohl nur auf somatischem Wege erfolgen kann. Immerhin gehört eine besondere Überwindung dazu, somatisch, etwa serologisch, chemisch oder sonstwie, die Schizophrenen zu untersuchen, da man sich von vornherein darüber klar sein muß, daß diese mühsamen Untersuchungen nicht von einem auffallenden in die Masse der Leser dringenden Erfolg begleitet sein werden. M. hat die Kongorot-Probe und die Kauffmannsche Kanthariden-Probe angewandt. Bei der Mehrzahl der Schizophrenen, durchgehend bei allen akuten Erkrankungsfällen, wurden Störungen in der Funktion des ret.-endoth. App. nachgewiesen. Aus den laufenden Beobachtungen mit der Kauffmannschen Probe ging hervor, daß sich im Organismus der Schizophrenen ein Kampf abspiele, zwischen den Abwehrkräften des Körpers und der (hypothetischen) Gifteinwirkung, dessen Resultante das jeweilige psychische Zustandsbild sei. Da das ret.-endoth. System die Hauptbildungsstätte der Abwehrkräfte des Organismus sei, werde die Reaktionsfähigkeit dieses Apparates von entscheidendem Einfluß auf Verlauf und vielleicht auch Ausbruch der Schizophrenie sein. Mutmaßlich bestehe eine Abwehrschwäche bei den Schizophrenen auf Grund einer funktionellen, wahrscheinlich anlagebedingten Minderwertigkeit des ret.-endoth.

App. Der behauptete Zusammenhang zwischen Sch. und Tbc. habe seine gemeinsame Wurzel in der funktionellen Minderwertigkeit des ret.-endoth. Zellapparates. M. hält die Auffassung der Sch. als einer besonderen Form eines exogenen Reaktionstyps für diskutabel. Auch bei Paralytikern hat er Störungen in der Funktion des ret.-endoth. Systems gefunden. Dasselbe gilt von Manisch-Depressiven, ebenso auch von Epileptikern. In dem 1. Kap. dieser Abhandlung gibt M. einen Überblick über die somatischen ätiologischen Theorien der Sch. Zum Schluß der Arbeit sind eine Anzahl Krankengeschichten als Belege angeführt.

H. Krisch - Greifswald.

Storch, Alfred (Psych. Klin. Gießen), **Über Orientierungsfähigkeit auf niederen Organisationsstufen.** Zschr. ang. Psychol. 1932, Bd. 42. H. 2—3. S. 68—101.

Im Anschluß an eine von R. Sommer für Wegfindungsversuche bei Tieren ausgearbeitete Anordnung untersucht St. die Fähigkeit verschiedener kranker und gesunder Vpp. einen vorgegangenen Weg in einer Art von Labyrinth nachzugehen. Es wurden Fälle von Arteriosklerose, senile Prozesse, Postenzephalitis u. a., Schizophrene, Epileptiker, Imbezille, Melancholische, Psychopathen herangezogen. Die Fehlleistungen lassen sich als Vereinfachungen (Verkürzungen, Auslassungen, Teilgestaltungen), Umstrukturierungen (Verlagerung, Ersatzbildung), Zerstückung, als progressive Entdifferenzierung, sprunghafter Wechsel der Lösungsversuche, Fixierungen und Rückfälle in Fehlleistungen, ganzheitliche und stückhafte Lösungsversuche unterscheiden. Auffällige Leistungsverminderungen zeigten vor allem die organischen Zerfallsprozesse, vielfach auch die Schizophrenen; psychogen Kranke zeigten meist gute, zuweilen auffallend schlechte Resultate. Bei Imbezillen fand sich neben sehr schlechter Leistung auch überdurchschnittlich gute. Im allgemeinen ergab sich, daß auch die Fähigkeit zur Orientierung Stufen oder Schichten erkennen läßt und daß einer mehr elementar-primitiven Funktionsweise, auf einem anschaulich psychomotorischen Verständnis beruhend, eine höhere Stufe auf Grund anschaulich-intellektuellem Erfassen gegenübersteht. Hier kommt es zu einer klaren Einsicht des Verhältnisses der Feld- und Leistungsabschnitte zueinander. Auf dieser Stufe verfügt erst der Mensch über den Raum der repräsentativen Darstellung, an Stelle des bloß „pragmatischen Raumes". Aus dem „Aktionsraum" ist der „Darstellungsraum" geworden; dabei aber gehen, wie vielfach sonst in der Entwicklung zum Höheren, elementarere Funktionen verloren, die eben durch die neu erworbenen ersetzt werden.

R. Allers - Wien.

Stähelin, J. E. (Friedmatt-Basel), **Psychische Störungen bei der Frau.** Schweiz. Zschr. Hyg. 1931. Bd. 11. H. 10, S. 879—890.

Es gibt keine psychischen Störungen, die nur beim weiblichen Geschlechte auftreten, aber immerhin solche, die vorzugsweise hier beobachtet werden, wie z. B. das manisch-depressive Irresein, die „Gemütskrankheit" κατ' ἐξοχήν. Auch sind die Psychosen bei der Frau anders gefärbt als beim Manne, und die anlagebedingten psychischen Geschlechtsunterschiede kommen vielfach erst in der Psychose zum Vorschein, während sie sonst durch Erziehung und andere Milieueinflüsse verdeckt werden, — siehe die Vermännlichung der Frau in der modernen Kultur. Die Tatsache, daß beim Manne der Intellekt, bei der Frau das Gefühlsleben im Vordergrunde steht, ist nicht zu bestreiten. Das Vorwalten des Gefühles führt nun leichter zu Komplexbildungen und zu unsachlichem, stark affektbestimmtem Denken, d. h. zu neurotischen Reaktionen, auch schon in gesundem Zustande. Besonders empfind-

lich reagiert aber die weibliche Psyche in den kritischen Phasen des Geschlechtslebens; Menstruation, Schwangerschaft, Stillzeit und Wechseljahren, in denen es auch besonders leicht zum Ausbruch manifester Psychosen kommt. Die Psychopathologie deutet unbedingt darauf hin, daß die Psyche der Frau stärker von den biologischen Vorgängen im Körper abhängig ist als die Psyche des Mannes, und daß andererseits das Gefühls- und Gemütsleben der Frau intensiver und rascher erregbar ist, daß es dem Zentrum des Lebensgefühles, dem Kern der Persönlichkeit näher steht. I. Maas - Karlsruhe.

c) Endokrinologie

Dreyfuß, Gilbert, Einige Betrachtungen über den Hyperthyreoidismus. Prakt. lékař, 1930. Nr. 32, S. 606—608.

Die wichtigsten und konstantesten Symptome: Tachykardie, Gewichtsverlust und Erhöhung des Grundumsatzes. D. bezweifelt die Berechtigung, dem echten Basedow ein toxisches Adenom gegenüberzustellen. Die Erhöhung des G. U. und die Abmagerung sind Ausdruck der Hypersekretion der Schilddrüse, die verschiedenen vasomotorischen und psychischen Beschwerden hingegen derjenige der den Hyperthyreoidismus begleitenden Sympathikotonie. Bestehen der letzteren Symptome allein nennt D. einen Parabasedow, bei dem der G. U. und das Gewicht unverändert sind. Die Therapie der Wahl ist neben Bettruhe eine Jodkur (Lugolsche Lösung, beginnend mit 3×5 Tropfen und tgl. um einen Tropfen steigend). Erst bei Mißerfolg Strahlentherapie und beim Mißlingen dieser Operation. Alle diese Maßnahmen wirken aber nur auf die innersekretorische und nicht auf die sympathikotone Komponente. Diese wird durch Brom, Valeriana, Coramin, Eserin und vor allem Gardenal beeinflußt. Die Existenz eines Jodbasedow hält D. für unbewiesen. H. Zweig - Brünn.

Vollicer, Lad., (Interne Klinik Prag), **Unsere Erfahrungen mit der Röntgentherapie des Hyperthyreoidismus.** Čas. česk. lék., 1932. Nr. 11, 12, S. 331—335.

46 schwere, in ständiger klinischer Beobachtung stehende Fälle von Hyperthyreoidismus wurden einer R.-Behandlung unterzogen. Die besten Erfolge wurden beim echten Basedow erzielt (17% klinische Heilung, 60% Besserung). Immerhin starben 3 Fälle, davon einer unmittelbar nach der Bestrahlung unter den Erscheinungen schwerer Dyspnoe. Ein Rückgang der Symptome wurde auch beim Basedowoid und der Struma retrosternalis beobachtet. Weniger befriedigend war die Therapie bei 7 Kranken mit toxischem Adenom, von denen 4 sich als völlig röntgenrefraktär erwiesen. Unterstützend wirkt bei der Röntgentherapie eine Vorbereitung durch Medikamente. H. Zweig - Brünn.

Eiselt, Rudolf, Die Basedowsche Krankheit und der Hyperthyreoidismus im Alter. Čas. česk. lék., 1932. Nr. II, 12. S. 321—324, S. 365—369.

Im Alter tritt der Ba. und der Hyperthyreoidismus in milder Form auf, weil die diesen Krankheiten entsprechenden Veränderungen des Stoffwechsels denen des Alters (Herabsetzung des Grundumsatzes, Erhöhung des Cholesterin- und Kalkgehalts im Blute) entgegengesetzt sind. Die Struma ist nur zum kleinen Teil baskularisiert, zum größeren fibrös umgewandelt. Im Vordergrund der Erscheinungen stehen die kardio-vaskulären Veränderungen, die meist auf die begleitende Arteriosklerose zurückzuführen sind. Unter den psychischen Störungen überwiegt die

melancholische Verstimmung. Trotz bestehender Hyperglykämie ist eine Glykosurie seltener als im reifen Alter. Bei 8 Fällen wurde eine Jodtherapie eingeschlagen; die Erfolge waren günstig bis auf einen Kranken, bei dem sich ein Jodbasedow entwickelte. H. Zweig - Brünn.

VI. Spezielle Psychogenese

a) Allgemeine Ätiologie

Kirsch, James (Berlin), **Darstellung somatischer Phänomen im Traum.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931, S. 157—162.

Jeder Traum ist aus der gesamten Lebenssituation des Individuums, also auch aus der körperlichen Verfassung heraus zu verstehen. Für die Erkenntnis des Leib-Seele-Problems ist der Traum fruchtbar, denn er steht in unmittelbarer Nähe des „bewußtlos bildenden Lebens" (Burdach). Die experimentell erzeugten Träume ergaben, daß die gleichen Körperreize sich in verschiedener Weise im Traume bemerkbar machten. Das Entscheidende für die Gestalt der somatischen Phänomene ist das Psychische. Der Traum ist der Ausdruck der schaffenden Seele, er bedient sich der somatischen Ausdrucksweise, um psychische Probleme symbolisch darzustellen. Ein Pat. stößt sich den Kopf an der Bettkante und träumt, daß an seinem Gehirn etwas verändert sei. In der Tat war an seinem Gehirn nicht alles in Ordnung: Pat. stand an der Grenze der Schizophrenie. Es gibt aber auch Träume, deren Inhalt in keinem Zusammenhang mit dem körperlichen Reiz steht. So z. B. ein freudig bewegter Traum während eines Beklemmungszustandes; ein Traum mit sexuellem Inhalt, wobei der Sexualcharakter des Traumes ein Mittel ist, um die Dringlichkeit des Problems (Jung) augenscheinlicher zu gestalten. — Die Sprache des Körpers kann auch zur Symbolisierung psychophysischer Erscheinungen herangezogen werden, so wird z. B. die psychische Impotenz durch eine Armlähmung ausgedrückt. Interessant sind die Träume bei körperlich Erkrankten: Ein fiebernder Knabe träumt, daß große Wasserwellen (= Fieberwellen) auf ihn einstürmen; ein Mann träumt in den letzten Stunden seines Lebens, daß ein Kollege ihm ständig auf den Kopf schlage. Dieser Kollege versuchte ihn immer von seinen Posten zu vertreiben und das Schlagen auf den Kopf symbolisiert nun den aussichtslosen Kampf mit dem Tode. — Besonders bei Infektionskranken ist mit verblüffender Regelmäßigkeit zu beobachten, wie ihre Träume die allgemeine Funktionsstörung des Organismus bekunden. — Die Frage, wann ein Konflikt im Traume psychisch oder somatisch ausgekämpft wird, dürfte wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem Grade der Intensität der Verdrängung des unbewußten Konfliktes zu beantworten sein. E. Bien - Wien.

*****Sellheim, Hugo, Wechseljahre der Frau.** Ihre Bedeutung für das Leben. Ferd. Enke, Stuttgart 1932. 47 S. RM. 1.90.

In freundlichster Fortführung des literarischen Streites mit H. F. Stelzner (vgl. Bd. 4 S. 330) hat S. ein Büchlein geschaffen, das außerordentlich gut dazu angetan ist die übermäßige Angst der Frauen vor den Wechseljahren zu mildern, ja sie evtl. gar nicht aufkommen zu lassen. Ist schon die Unterscheidung, ob es sich um normale Zustände der Wechseljahre oder um pathologische handelt, oft sehr schwer, so wird das Bild noch mehr dadurch kompliziert, daß sich allgemeine Alterserscheinungen, Abnutzungsspuren und Krankheiten in ihren Symptomen und

Auswirkungen in diesen Jahren durchkreuzen. Auch dadurch, daß die Literatur (Zola, Metschnikoff, Nemilow, Karl Dannhauser, Karin Michaelis) die Wechseljahre vielfach von einem unrichtigen Standpunkt aus der Frauenwelt vor Augen geführt hat, wurde mehr Unruhe und Angst als Aufklärung geschaffen. Die Bedeutung der Konstitution für den Ablauf der Wechseljahre hat am besten J. Wiesel mit den Worten charakterisiert: „Jede Frau erlebt das Klimakterium, das ihrer Konstitution entspricht." Und S. prägt den Satz: „die komplizierte Frau erleidet ein kompliziertes Klimakterium, der unkomplizierten Frau ist auch ein unkomplizierter Lebensabend beschieden." Hier hätte Stelzner zu neuer Polemik prächtig Gelegenheit, da sie, und nach Ansicht des Ref. nicht ganz mit Unrecht, sich immer wieder dafür einsetzt, daß das Klimakterium eben nicht der Lebensabend sei und auch nicht als solcher aufgefaßt werden dürfe. Ihr sowohl wie S. ist es aber klar, daß beim Ertragen der klimakterischen Beschwerden Erziehung, Belehrung, Disziplin eine bedeutende Rolle spielen, ebenso wie beim Ertragen aller anderen Schwierigkeiten im Leben. Natürlich spielen auch Weltanschauungs-Dinge hinein. Die französische Sprache unterscheidet sehr schön zwischen „vieillesse" und „sénilité", zwischen physiologischer und pathologischer Greisenhaftigkeit. Stieve hat den Begriff des Selbstschutzes in das Problem des Klimakteriums hineingebracht, worunter er u. a. auch versteht, daß die Frau im Gegensatz zum Manne, der ja dauernd fruchtbar bleibt, in höheren Jahren nicht mehr empfangen kann. Letzten Endes bedeutet der Wechsel für die Frau eine Erleichterung, weil er ihr Kräfte spart, wodurch bei ihr im Gegensatz zum Manne das folgende Altern langsamer eintritt und ihr ein längeres Leben gesichert wird als dem Manne. In diesem Sinne versucht S. die viel erörterte Disharmonie und Tragödie in den Wechseljahren der Frau in einen harmonischen Ausklang auf dem Hintergrunde des Alterns aufzulösen.

R. Hofstätter-Wien.

Feldmann, Sandor (Budapest), **Traum und Krankheit.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931. S. 210—215.

Es gibt drei Zusammenhänge zwischen Traum und Krankheit. 1. Der Traum stellt eine Erkrankung dar, ohne daß diese in Wirklichkeit vorhanden wäre. Die Krankheit im Traume dient hier der Symbolisierung irgendeiner psychischen Haltung. (Z. B.: Ein organisch gesunder Patient träumt, daß sein Körper mit einem luetischen Exanthem bedeckt ist. Die Deutung ergibt, daß die Lues lediglich zur Darstellung inzestuöser Wünsche herangezogen worden ist.) — 2. Der Traum stellt eine Krankheit dar, die, unabhängig von psychischen Bedingtheiten, auf einer rein organischen Grundlage basiert. (Ein angeblich Hysterischer verrät in seinen Träumen, daß er infolge einer alten luetischen Infektion an einer spastischen Parese der Extremitäten und an einer Optikusatrophie leidet.) — 3. Der Traum beschreibt eine Krankheit, die in innigstem, allerdings dem Träumer unbewußten Konnex mit der Psyche steht. (Eine Pat., die an einer Anschwellung der rechtsseitigen metakarpalen Gelenke und an einer ausgesprochenen psychischen Störung leidet, träumt, daß der Arzt an ihrem erkrankten Zeigefinger eine Zirkumzision vornimmt. In der Deutung fand sich ein inniger Zusammenhang zwischen der Gelenkschwellung und dem Peniskomplex der Pat.) — Der Traum ist befähigt, nicht nur endopsychische, sondern auch „endoorganische" Prozesse zu registrieren. Er „kündigt Erkrankungen im Vorhinein an" und sollte daher als „feiner diagnostischer Apparat aufzufassen" sein.

E. Bien-Wien.

b) Hysterie

Donalls, Gustav (Psychiatr. Klin. Berlin), **Katatoniformer Stupor hysterischer Genese.** Nervenarzt 1931. Bd. 4. H. 11. S. 647—652.

1. 46 jähr. Postbote reagiert auf einen Unfall rentenneurotisch, auf einen 2., ein Jahr darauf, durch 15 Jahre nur mit unbestimmten Beschwerden und querulatorischem Wesen, nach Rentenentzug mit Aggression gegen Vorgesetzte und auf das eingeleitete Verfahren hin mit katatoniformen Stupor, mit Bewegungsmangel, Mutismus, Anästhesie, ohne Negativismus, ohne Flexibilitas cerea. Zustand besteht seit 3 Jahren. — 2. 50 jähr. Schlosser erleidet einen Unfall mit Kommotion und Schädelbruch; letztere bedingt vielleicht noch nach $1^1/_2$ Jahren gewisse Folgen. Darüber hinaus besteht ein Stupor, der sich 3 Mon. nach dem Unfall entwickelte und seit $^1/_2$ Jahr in unverminderter Intensität anhält. — Zur Genese bemerkt D., daß die stuporöse Form der Rentenneurose vielleicht nur der Intensität nach sich von der viel häufigeren pseudodementen unterscheide. Beide Pat. waren in Anstalten mit Katatonikern in Berührung gekommen. Zur Frage des „schizoiden Reaktionstypus“: beide Pat. zeigten vor der psychogenen Erkrankung keinerlei schizoide Züge. D. nimmt rein hysterische Bilder ohne jede Beziehung zur Schizophrenie an. R. Allers-Wien.

Last, S. L. u. Vogelsang, K. (Nerven- u. Augenklinik, Bonn), **Gutachten über einen Fall von psychogener Blindheit.** (Mit Berücksichtigung des optokinetischen Nystagmus.) Nervenarzt 1931. Bd. 4. H. 11. S. 645—647.

Unfallskranker, bei welchem aus dem Fehlen aller organischen Erscheinungen, dem Bestehen charakteristischer Anästhesien, der völligen Erhaltung der Lichtreaktion der Pupillen und dem Auftreten des optokinetischen Nystagmus bei Darbietung bewegter Gegenstände (rotierende schwarz-weiß gestreifte Trommel), Vorbeireden usw. mit großer Sicherheit auf psychogene Blindheit geschlossen werden konnte. Auf die schon von Cords und von Ohm empfohlene Verwendung des optokinetischen Nystagmus als „Simulationsprobe“ wird besonders hingewiesen.
R. Allers-Wien.

Rauch, Maximilian (Wien), **Über funktionelle Taubheit.** Wien. med. Wschr. 1931. H. 48. S. 1538—1540.

Hysterische oder funktionelle Schwerhörigkeit oder Taubheit ist psychische Unterwertung oder vollständige Unterdrückung der akustischen Eindrücke ohne organische Läsion des Cochlearis in seinen Bahnen. Gradenigo und Urbantschitsch haben sich mit diesem Krankheitsbild ausführlich beschäftigt. Bei der Vestibularisprüfung findet man vielfach neurotischen Überbau auf Grund geringgradiger organischer Anomalien oder auf Grund vasomotorischer resp. vasovegetativer Symptome. Auch beim Cochlearis findet sich immer eine körperliche Unterlage oder abnorme seelisch nervöse Anlage. — Fall reiner hysterischer Hörstörung: 40 jähr. Schaffner ertaubte plötzlich, nachdem er tags zuvor heftig erschreckt worden war. Niemals früher Hörstörungen, normale Trommelfelle. Vestibularis für alle Reize überempfindlich. Hyperästhesie der rechten Kopfhälfte, gesteigerte Patellarreflexe, Tremor der Finger. Leichtes Schalleitungshindernis rechts, dem Pat. nicht bekannt. Nach einigen Tagen kam das Gehör zurück und blieb seitdem intakt. R. betrachtet den Fall als akute echte lokale Hysterie. Eine 14 Tage vorher vorgenommene Ohruntersuchung begleitet von der Angst zu ver-

sagen kann in Verbindung mit dem seelischen Schock die auslösende Ursache gewesen sein. A. Jellinek-Wien.

Hoche, A. E. (Freiburg i. Br.), **Ist die Hysterie wirklich entlarvt?** Dtsche. Med. Wschr. 1932. H. 1. S. 1—3.

Aus seiner bekannten Einstellung zum Hy.-Problem heraus sieht H. die augenblickliche Einstellung der Mehrzahl der Wissenschaftler, insbesondere auch deshalb, weil die Unfallgesetzgebung und ihre Auslegung einen gewissen Abschluß gegeben zu haben scheinen, doch nur als eine zwangläufig vorübergehende an. Die Verquickung mit der Gutachtertätigkeit, mit den Erfahrungen des Krieges und der neueren Neurosenforschung, brachte es mit sich, daß an Stelle der „früheren ruhigen Betrachtungsweise" eine „affektgeheizte Diskussionsart" Platz gegriffen hat. Leider spielen auch weltanschauliche Fragen und politische Meinungen bei der Beurteilung verschiedener Forscher mit hinein. Die wissenschaftliche Betrachtungsweise ist infolge der praktischen Bedeutung des Problems auf ein totes Nebengeleise verschoben worden. Die Fundierung der Symptome durch ein Wunschobjekt ist die zur Zeit allgemein angenommene. H. sieht darin den Ausdruck eines Kurzschlußdenkens. „Wo in aller Welt enthüllt die Kenntnis eines Motives das weitere innere Geschehen eines bestimmten Vorganges?" Das Studium der Gutachten über Neurosen würde einem unbefangenen Beobachter den Eindruck aufkommen lassen, als gebe es nur zwei Kategorien krankhaften Geschehens, hysterisches und organisches. Die andersartige Beschaffenheit der nervösen Substanz bei gewissen Menschen hat H. schon früher als „mangelnde Gewebsrüstigkeit" bezeichnet. Sie bei ihrem Auftreten nach Unfällen als hysterisch zu bezeichnen, hieße sich den Weg zu sauberer Begriffsbestimmung verbauen. Die Erklärungsversuche, welche wir bis jetzt über hysterische Symptome zurechtgelegt haben, genügen nicht. Wenn wir das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Zentrale und Peripherie schon so genau verfügbar hätten, dann wäre das Leib-Seele-Problem schon längst gelöst. In jenem Bezirke liegt aber auch die Achse des Wesens der Hy. H. bezeichnet als „Hysteriefähigkeit" eine Eigenart, von der es noch fraglich erscheinen muß, ob sie angeboren oder erworben werden kann, eine Eigenart, die sich im zentralsten Teile des seelischen Mechanismus lokalisieren muß. Die Hy.-Fähigkeit muß sich nicht immer offen manifestieren, den Unfallneurotiker kennzeichnet die Ausnutzung seiner Hy.-Fähigkeit. Aber nicht allein der Wunsch nach Rente muß das Streben dieser Ausnützung motivieren, es kann auch dem Wunsche der Abhilfe eines verletzten Rechtsgefühles nach v. Weizsäcker dienstbar sein. Auch die Furcht vor Krankheit kann eine solche Ursache sein, — hypochondrisch gefärbte Hy. H. fordert die Lösung der „wissenschaftlich verderblichen Verbindung" der Hy.-Lehre von dem Kapitel der Unfallbegutachtung, weil sie nur einzelne Richtungen, nie aber das Wesen der Hy. ergründen könne. W. Leschmann-Bamberg.

e) Sexualneurosen

Vondráček, Vlad., Ein Fall von Fetischismus. Revue v neurol. a psych. 1932. Nr. I, S. 20—22.

Ein 18jähr. Pat. betätigt sich einmal in 3—4 Wochen in der Weise sexuell, daß er weibliche Kleider, am liebsten Mäntel, an einen Haken aufhängt und sich nun an ihnen mit voller Kraft hin- und herschaukelt. Es kommt dabei zu Erektionen, aber niemals zur Ejakulation. Als determinierender Faktor kommt ein Er-

lebnis des 7jähr. in Betracht, wo er, neben einer 80 Jahre alten, mit einem schweren, wollenen Schal bekleideten Frau in der Kirche sitzend, in sexuelle Erregung versetzt wurde. Aber auch endogene Faktoren, das Vorkommen von Alkoholismus in der Aszendenz und die sexuelle Unsicherheit der Pubertätszeit spielen eine pathogenetische Rolle. Da es sich auch um einen Infantilismus handelt, hält V. einen Versuch mit Opotherapie für angezeigt. H. Zweig-Brünn.

Bondy, Hugo (San. f. Nervenkr., Bubenč), **Sexueller Infantilismus und seine Beziehungen zur Kriminalität.** Prakt. lék. 1932. Nr. 6, S. 156—160.

Jetzt 48jähr. Kaufmann in angesehener sozialer Stellung leidet seit einem Verführungserlebnis im Alter von 5 Jahren an dem krankhaften Wunsch, das Genitale von unreifen Mädchen zu sehen und zu berühren, wobei er dann selbst exhibitioniert. Trotzdem er einige Verhältnisse hatte und seit 6 Jahren verheiratet ist, gewährt ihm der normale Sexualverkehr keine Befriedigung. Der Fall wird als psychosexueller Infantilismus aufgefaßt und zwar als juvenile Form desselben, weil er schon in der Pubertät begonnen hat und das ganze Leben unverändert andauert. Die Kombination von Infantilismus und Exhibitionismus ist recht häufig. B. ist der Ansicht, daß Pat. unter einem unwiderstehlichen Zwange gehandelt und die Strafe hier keinen Sinn habe, weil sie die krankhafte Psychosexualität nicht zu ändern imstande sei. Trotzdem muß die menschliche Gesellschaft und vor allem die Kinder vor solchen Kranken geschützt werden. H. Zweig-Brünn.

f) Sexualneurosen

Schneider (Berlin), **Entwicklung zum Feminismus durch die Erziehung?** Kriminal. Mon.-H. Bd. 5, 1931. H. 12. S. 268—270.

Schilderung der Lebensläufe zweier männlicher Homosexueller. Der eine ist aggressiver Päderast, der zweite femininer Transvestit. In beiden Fällen wurde die abnormal sexuelle Einstellung nach Ansicht des S.s durch Fehler in der Erziehung herbeigeführt. S. meint, daß die Art der Erziehung auf die sexuelle Entwicklung in vielen Fällen einen weit größeren Einfluß habe als die Veranlagung und spätere erotische Erlebnisse. H. Herschmann-Wien.

Meyer, Fritz, M. (Berlin), **Morphinismus und Sexualität.** Med. Welt 1931. H. 39. S. 1393—1395.

Sexual-abnorme Erscheinungen bei Morphinisten, die M. durchweg als Neurotiker ansieht, sind nicht selten. Sie sind die Regel bei Kombination von Mo. und Kokain. In den Sexualkonflikten wird die neurotisch gespaltene Persönlichkeit deutlich sichtbar. Die Aufdeckung jener ist die Voraussetzung für eine wirkliche Heilung der Sucht. R. Allers-Wien.

g) Motilitäts- und Organneurosen

Hattingberg, Hans v., Das Atemkorsett. Ber. VI. Allgem. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie, Mai 1931. S. 129—134.

Ringförmige Verspannung der Muskulatur des untersten Brustkorbdrittels, Korsettatmung, aktive Funktionsstörung des Zwergfelles, Nervenpunkte an typischen Stellen, Schmerzen in den unteren Teilen des Brustkorbes und in der Magengegend. Magenbeschwerden, Meteorismus, Sodbrennen, Darmstörungen, Herzklopfen, Arhythmie, Pulsbeschleunigung, Kaltwerden umschriebener Hautzellen über den hypertonischen

Bauchmuskeln, Blutandrang zum Hinterkopf, Atemsperre und Seufzer bilden die Symptome des „Atemkorsetts". Dazu kommen noch eine eigentümliche Haltungsstörung als weitere Folge des hierfür verantwortlich gemachten tonischen Zwerchfellkrampfes, dieser häufig bei Neurotikern, oder aber als Überlagerung der verschiedensten Organerkrankungen (Herz, Magen, Gallenblase, Nieren) auftretenden funktionellen Atemstörung. Sie läßt sich durch Atemübungen, Haltungsübungen, Gymnastik weitgehend beeinflussen. L. Hofbauer-Wien.

Mayer-List, R. und Kauffmann, Lore (Med. Klin. Tübingen), **Asthma bronchiale und vasoneurotische Diathese.** Med. Klin. 1931. H. 48. S. 1734—1736.

50 Fälle von A.br. wurden makroskopisch auf kalte, feuchte Hände, Cutis marmorata, Dermographismus, und mikroskopisch durch Kapillarbeobachtung untersucht. Es ergab sich hierbei:

Vasoneurose sehr stark positiv in 13 Fällen = 26%
„ positiv „ 30 „ = 60%
„ negativ „ 7 „ = 14%

Die letzterwähnten 7 Fälle waren Vegetativ-Stigmatisierte (Magen-Darmstörungen, Herzklopfen usw.) bzw. Psychoneurotiker. L. Hofbauer-Wien.

Ziegler, Kurt (Med. Poliklin. Freiburg i. Br.), **Über eine rein tonisierende Behandlung des Bronchialasthmas.** Med. Welt 1932. H. 4. S. 125—127.

Sulfosaures Goldsalz in organischer Aminverbindung und mit einem goldhaltigen Desinfiziens versetzt, wurde als „Asthmakos" zur Behandlung des Bronchialasthmas verwendet (3 mal tgl. ein Eßlöffel). L. Hofbauer-Wien.

Wittkower, E. und Petow, H., Beiträge zur Klinik des Asthma bronchiale und verwandter Zustände. V. Zur Psychogenese des Asthma bronchiale. Zschr. klin. Med. 1932. Bd. 119. H. 3/4. S. 293—306.

Die überwiegende Mehrzahl der Asthmafälle ist zwiefach determiniert, sei es, daß psychische Faktoren die latente Asthmabereitschaft mobilisieren, sei es, daß allergisch entstandenes A. sekundär einen neurotischen Überbau erhält. In vielen Fällen jedoch findet sich allergische Genese ohne neurotische Komponente, in einzelnen lediglich psychische Bedingtheit. L. Hofbauer-Wien.

* **Rothschild, D., Asthma bronchiale.** Sein Wesen und seine ätiologische Therapie. Veröffentl. der Zentralstelle für Balneologie. R. Schoetz, Berlin 1932. 18 S. RM. 1.—.

Versuch einer Darstellung des asthmatischen Anfalles durch eine minderwertige Leistung des endokrinen Drüsensystems, insbesondere der Nebenschilddrüse und Nebenniere und der infolgedessen auftretenden Verarmung des Blutserums an Kalzium-Elektrolyt. Empfehlung einer Hormonverbindung „Quotientin".
L. Hofbauer-Wien.

* **Robbins S. D. and Stinchfield, S. M., A dictionary of terms dealing with Disorders of Speech.** (Wörterbuch d. Ausdrücke hinsichtl. Sprachstörungen.) Amer. Soc. for the Study of Discorders of Speech. Boston 1931. 27 S. $ 0.60.

Die amerikanische Gesellschaft für Sprachstörungen hat ein Nomenklatur-Komité geschaffen, in dessen Auftrage die vorliegende Publikation herausgegeben worden ist. Es wird für die Sprachstörungen u. sonstige Begriffe der Sprach- und Sprechkunde eine Reihe von z. T. lateinischen, z. T. englischen Namen vorgeschlagen, welche deutlich die Prägung der amerikanischen wissenschaftlichen

Auffassung trägt. Das Beginnen ist sehr begrüßenswert, über die Brauchbarkeit der Ausdrücke selbst entscheidet immer die Zeit. D. Weiß-Wien.

Wengraf, Fritz (Wien), **Behandlung von organneurotischen Störungen des weiblichen Genitales.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931. S. 119—125.

Unterdrückung des Geschlechtstriebes (Pfannenstiel), unbefriedigter Wunsch nach Kindern (Sellheim), Dispareunie (Kehrer) und andere psychische Momente (A. Mayer, Mathes, Walthard u. a.) sind in den letzten Jahren vielfach als ätiologische Faktoren bei Menstruationsbeschwerden und Myombildungen diskutiert worden. W. versucht, auf Grund von vier Fällen seiner Privatpraxis, die Möglichkeit, diesen gynäkologischen Affektionen mit Hilfe einer systematischen psychotherapeutischen Behandlung beizukommen, zu beweisen. 1. Unregelmäßige Blutungen, die fast unmittelbar nach dem Tode der Mutter auftraten. Ein deutlicher Inzesttraum wies auf einen aktuellen Konflikt mit dem Bruder (Inzestwünsche) hin und auf ein schweres Schuldgefühl der Mutter gegenüber. Nach mehreren tiefergehenden Aussprachen mit dem Arzt war Pat. von ihren Symptomen befreit worden und trat 3 Jahre später beschwerdelos ins Klimakterium. 2. Menstruationsbeschwerden nach einem partifiziellen Abortus gynäkologisch bedeutenden Größenzunahme der Gebärmutter im Sinne der Myombildung. Ursache dieser Störung war ein schweres Schuldgefühl der Pat., das sich auf ihren außerehelichen Verkehr und den Abortus bezog. Nach entsprechender Aufklärung schwanden die Menstruationsbeschwerden, die beginnende Myombildung machte keinerlei Fortschritte, der vermißte Orgasmus stellte sich wieder ein. — 3. Bei der Genitaluntersuchung findet sich eine kleine Ovarialzyste, die, wie W. nachweist, rein psychische Ursachen hatte und lediglich auf den Wunsch der Frau zurückzuführen war, ein Kind zu bekommen, um auf diese Weise den treulosen Gatten für immer an sich zu fesseln. Sie verzichtete unter dem Einfluß der Behandlung auf ein solches künstliches Aufrechterhalten ihrer Ehe. Die ausgebliebene Menstruation stellte sich wieder ein und die Zyste verschwand. — 4. Beginnendes Myom durch rechtzeitige psychoanalytische Beeinflussung beseitigt. Als Ursache werden infantile oder aktuelle Konflikte, besonders aber die Dyspareunie bezeichnet. Ergebnis dieser Analyse: „Der infantile Uterus war größer geworden, eine leichte Struma geschwunden, das Myom nicht mehr nachzuweisen.“ — Auch die Erscheinungen des Magendarmtraktes, des Herzens und der Schilddrüse, ebenso die sog. Facies myomatosa scheinen nach W. psychisch bedingt zu sein. W. faßt seine Erfahrungen, die auf der aktiven Methode Stekels aufgebaut sind, dahingehend zusammen, „daß es wohl möglich ist, ein Myom bald nach seinem Auftreten auf psychotherapeutischem Wege zum Schwinden zu bringen oder sein Wachstum zu hemmen“. E. Bien-Wien.

i) Unfallneurose

Hoche, A. E. (Freiburg i. Br.), **Der Unsinn der Prozentangaben in Unfallsgutachten.** Dtsche. med. Wschr. 1932. H. 6. S. 220—221.

Unter diesem, wie er ihn selbst nennt, „herausfordernden“ Titel diskutiert H. die Frage, ob genau angebbare Schätzungen überhaupt möglich seien, angeregt durch einen Akt, in welchem es seit Jahren um Differenzen zwischen 40, 45 oder 50% ging. Die Privatversicherung, die einzugehen niemand verhalten ist, hat die psychischen Unfallsfolgen als nicht entschädigungspflichtig ausgeschaltet, für andere

einen fixen Tarif aufgestellt. In der staatlichen Unfallsversicherung herrschen Mißstände. Eine prozentuale Beurteilung scheitert schon daran, daß der Arzt die Arbeitsbedingungen gar nicht genügend kennen kann, daher nur auf Grund allgemeiner Eindrücke zu urteilen vermag. Faktisch besteht gar keine gesetzliche Verpflichtung zu genauen Prozentangaben. Wie die Bestimmungen der Angestelltenversicherung zeigen — es werden Angaben über Erhaltung der Hälfte oder nur eines Drittels der Arbeitsfähigkeit gefordert — geht es auch ohne Prozente. Mit gutem Gewissen können nur Festsetzungen in einigen ganz großen Stufen — $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$ — vorgenommen werden. Dies bedeutete eine Vereinfachung und wesentliche Verbilligung des ganzen Verfahrens. Gegenüber der Entlastung der Allgemeinheit fallen manche Bedenken, die H. nicht verkennt, nicht ins Gewicht.

R. Allers-Wien.

VII. Spezielle Psychotherapie

a) Psychoanalyse

* **Freud, Sigm., Vier psychoanalytische Krankengeschichten.** Intern. Psychoanal. Verl. Wien 1932. 463 S., geb. RM. 9.—.

Ein weiterer Band der handlichen und gut ausgestatteten Ausgabe in Kleinformat, enthaltend das Bruchstück einer Hysterienanalyse, Analyse der Phobie eines 5jähr. Knaben, Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia — also klassische Schriften der PsA. Diese Arbeiten vereinigt und für sich besitzen und benützen zu können, wird vielen sehr erfreulich sein. R. Allers-Wien.

* **Salewski, Wilhelm, Die Psychoanalyse Freuds.** Grundfragen und Konsequenzen. Verl. d. Christengemeinschaft, Stuttgart 1931. 48 S. RM. 1.20.

Diese keineswegs tiefgehende, den Gehalt der Ps.A. auch nur annähernd richtig wiedergebende Studie bemüht sich die Lehre Freuds als verfehlt und gefährlich darzustellen und anstatt der ps.a. Psychotherapie eine an den Ideen der „Christengemeinschaft" orientierte seelsorgerliche Führung des Menschen zu seinem wahren Selbst zu empfehlen. R. Allers-Wien.

Tremmel, E. (Heidelberg), **Nach Analogie der aktivanalytischen Traumdeutung analysierte Handzeichnungen** (mit Lichtbildern). Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931. S. 187—196.

In Fortsetzung und Ausarbeitung seiner eigenen Methode, über die er bereits am vorletzten Kongreß (s. Bd. 4, S. 71) berichtet hatte, zeigt T. eine Reihe von Pastellzeichnungen, die von seinen Pat. in der Sprechstunde, vor oder nach kurzer Anamneseaufnahme, angefertigt worden sind. Die Zeichnungen stammen in der Regel von sonst zeichnerisch unbegabten Personen und sollen gedanken-, ziel- und planlos, kritzelnd und ohne Darstellungsabsicht zustande kommen. Sie entsprechen dann gewöhnlich Tagphantasien und Tagträumen, sind wie Träume deutbar und ihre Auswertung entspricht beiläufig jenen diagnostischen und therapeutischen Hilfeleistungen, die wir der Traumdeutung innerhalb der Psychotherapie verdanken. Die Deutung von Handzeichnungen nimmt T. nach der aktiven Methode Stekels vor, indem er aus ihnen die geheimen Leitlinien, die verborgenen Komplexe, die Geheimnisse und die Skotome seiner Pat. zu erkennen sucht und mit ihnen so verfährt wie der aktive Analytiker mit dem vom Pat.

produzierten Traummaterial. T. bringt Zeichnungen von Pat., die an Migräne, Impotenz, Quinckeödem, Zwangsvorstellungen u. ä. mehr litten. Jede Linie, jeder Strich hat Sinn und Wert. Die einzelnen Linien formen sich durch unbewußte Auswahl zu Bildern, sie führen zur verräterischen „Verbilderung" der Gedanken, analog dem Prozeß, den Stekel in seiner Polyphonie des Denkens den Prozeß der „Verwörterung" nennt. Die Methode T.s erstrebt mit Hilfe der Analyse von Handzeichnungen außer einer gewaltigen Ersparnis an Behandlungszeit auch die Möglichkeit einer sicheren und richtigeren Diagnosestellung und dieser entsprechenden Therapie. E. Bien-Wien.

Löwy, S. (Bratislawa), **Die verschiedenen Träume derselben Nacht.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931, S. 205—209.

Der psychische Apparat scheint das Bedürfnis zu haben, die verschiedenartigen Affektenergien zu verarbeiten, also nicht nur Wünsche, sondern auch Angst, Befürchtung, retro- und prospektive Gedanken usw. Der Traum kann als jeweiliger Querschnitt dieses komplexen Prozesses betrachtet werden. Hinter jedem einzelnen Traumbild einer Nacht verbirgt sich im wesentlichen derselbe Affektkomplex. Der gemeinsame Inhaltskern kann in den verschiedenen Träumen einer Nacht offen oder auch versteckt zutage treten, wo dann im letzteren Falle das gleichartige Thema, bzw. der gleiche Affekt zum Vorschein kommt. Stekel hat bereits den genetischen Zusammenhang zwischen den Träumen einer Nacht beschrieben. Löwy behauptet anschließend, daß hinter den bildlich verschiedenen Träumen derselben Nacht „die Phasen desselben biologischen Affektvorgangs sich verbergen", und daß die gemeinsamen Einzelheiten — einerlei, ob im manifesten Traumanteil oder in den dazugehörigen Assoziationen — von zentraler Bedeutung zu sein scheinen für den betreffenden Krankheitsfall. E. Bien-Wien.

Jung, C. G., Die praktische Verwendbarkeit der Traumanalysen in der Psychotherapie. (I. A. d. Vortragenden ref. v. W. M. Kranefeldt-Berlin.) Ber. üb. d. VI. Allg. ärztl. Kongr. f. Psychother. 1931, S. 136—142.

Eine Diskussion über die Verwendbarkeit der Traumanalyse ist nur auf dem Boden der Anerkennung des Ubw. möglich, ohne die der Traum ein unverständliches Konglomerat zerbröckelter Tagesreste wäre. Der Tr. bietet uns Einsicht in die Struktur der seelischen Ätiologie, gibt uns darüber hinaus einen teilweisen Ausblick auf die Prognose und zeigt uns auch, wo die Therapie anzusetzen hat. Besonders die Initialträume unmittelbar bei Beginn der Behandlung, bringen nicht selten den ätiologisch wesentlichen Faktor zum Ausdruck. Sie enthalten eine Darstellung des Verlaufes und der Entstehung der Neurose, eine Warnung vor gewissen Schäden usw. Der Tr. schildert weiters die seelische Situation des Träumers, die sein Bewußtsein überhaupt nicht oder nur widerwillig anerkennt; er gibt Aufschluß über die innere Lage, wie sie ist und nicht, wie man sie gerne haben möchte. Die Auffindung der Ätiologie im Tr. ist aber nicht leicht, denn es kann auch keine Spur eines ätiologischen Momentes zu erkennen sein. Auch Neurosen gibt es, „deren Ätiologie mehr oder weniger belanglos ist". Die kausalistische Auffassung werde weder dem Wesen des Tr., noch dem der Neurose gerecht und übersehe den größeren Teil der Problemstellung. — In manchen Behandlungsträumen kommt die Einstellung des Träumers zum Arzt besonders deutlich zum Ausdruck. Es werden 3 von ein und derselben Pat. bei verschiedenen Analytikern geträumte Initialträume demonstriert, deren Deutung nach J. die Antizipation der bei dem

jeweiligen Analytiker zu erwartenden Schwierigkeiten beinhaltet. Eine rein kausalistische Deutung würde den Sinn des Tr. verkennen. Hingegen ist diese, Ref. möchte sagen: funktionale, Deutung therapeutisch von größtem Wert, denn sie informiert den Arzt über die augenblickliche analytische Situation. Während die Initialtr. manchmal erstaunlich durchsichtig sind, wird im Verlaufe der Behandlung die Traumarbeit immer verwirrter und undurchsichtiger. Nach J. ein Beweis dafür, daß der Analytiker die Lage nicht mehr übersieht. Es ist jedoch von Wichtigkeit, sich sein eigenes Nichtverstehen beizeiten einzugestehen. Aber auch dort ist ein „Nichtverstehen" gegeben, wo zwar der Arzt, nicht aber der Pat. „versteht". Dieser soll nicht nur von einer Wahrheit belehrt werden, sondern sich auch selbst zu dieser Wahrheit entwickeln, will man den suggestiven Faktor ausschalten, der nur zu begrenzten Heilerfolgen führt. Die analytische Behandlung fußt auf dem Glauben an Sinn und Wert der Bewußtmachung, was eine „Provokation der ethischen Funktion" bedeutet, „womit auch das Ganze der Persönlichkeit auf den Plan gerufen wird". Wer Suggestion vermeiden will, muß in der Traumdeutung jene Formel finden, die das „Einverständnis" des Pat. erreicht. Undurchsichtige Tr. sind daher als „Information über Bedingungen unbekannter Natur" zu betrachten, über die der Arzt ebensoviel zu lernen hat wie der Pat. — In der Technik der Deutung ist vor allem eine „sorgfältige Herstellung des Kontextes" wichtig. Also keine unendlichen Assoziationen, sondern „Ableuchtung derjenigen Verbindungen, die objektiv um ein Traumbild gruppiert sind". Der Tr. ist keine bloße Fassade, sondern ein unverständlicher Text, den man lesen, lernen muß. Mit dem freien Assoziieren allein kommt man nicht ans Ziel, so wenig, wie man damit eine hettitische Inschrift entziffern könnte. Eine gewisse Sicherheit in der Deutung erfährt man erst in der Traumserie, die die einzelnen Traummotive aufweist. Pat. wird daher angehalten, über Tr. und Deutung sorgfältig Buch zu führen, auch des Kontextmaterial aufgeschrieben zur Stunde mitzubringen. In der Therapie kommt es auf die „Assimilation" unbewußter Inhalte ans Bewußtsein an, d. h. auf die gegenseitige Durchdringung der psychischen Systeme, denn das Ubw. ist kein „infantil-pervers-kriminelles Monstrum, sondern Natur!" Auch die Symbolik des Traumes muß berücksichtigt werden, aber nicht als Zeichen für bereits Bekanntes, sondern als Ausdruck für bewußt noch nicht erkannte, begrifflich nicht formulierbare Inhalte. Die Symbolsprache ist kollektives Erbgut, in der Praxis wird es aber richtig sein, sich immer zu fragen, was die Symbole für den einzelnen Pat. bedeuten. Die Heilung soll den Pat. zu seiner natürlichen Eigengesetzlichkeit hinleiten, zur Verwirklichung des ganzen Menschen, zur Individuation. E. Bien-Wien.

Alberti, Hilde von, Weibliche Gedanken zur Psychoanalyse. Ztschr. f. Menschenkunde 1932, Jhrg. 7, H. 6, S. 173—183.

A., eine Laienschülerin Hattingbergs, fragt, was die Ps.A., nicht als Heilverfahren für neurotische Menschen, sondern als eine geistige Schulung und Entwicklungsstufe von allgemeiner Bedeutung, den Frauen biete: Sie kommt nicht für jene Frauen in Betracht, die in schöner Ganzheit in sich beschlossen sind, sondern lediglich für jene, denen das Frau-Sein zum Problem geworden ist. Die Frauenbewegung hat der Frau die Gleichberechtigung gebracht. Nun heißt es, neben der äußeren auch die innere Freiheit zu erringen und aus der Nachahmung des Männlichen heraus den Weg zu sich selbst zurückzufinden. Diese innere Freiheit, auf die es ankommt, vermag die Ps.A. der Frau zu bieten mit Hilfe der Erkenntnis des

andern, des verdrängten Ich. Die angeborene Fähigkeit des intuitiven Verstehens wird im analytischen Erlebnis verfeinert und vertieft, der Sinn des Lebens als Verbundenheit mit den Andern erkannt. Die übersteigerte Liebesromantik geht in klare und einsichtsvolle Kameradschaft über, im Sinne von Hattingbergs Idee der „weiblichen Kameradschaft". Diese öffnet einen Weg zur Leistung, zur Arbeit am Menschen, sie führt über die analytischen Fragen hinaus und will die Frauen zusammenfassen, zum Kampf um die innere Freiheit. Die Aufnahme der analytischen Erkenntnisse kann aber nur in der spezifischen analytischen Situation in Form der ärztlichen Behandlung vor sich gehen. Die analytische Situation mit den Problemen der Übertragung — „sie ist gleich einer Liebesgeschichte, bei der die Frau die Werbende, der Mann der Versagende ist" — und der Lösung der Übertragung — „für den christlichen Analytiker wird die Ablösung zum Übergang in einen gotterfüllten Zustand" — eine harte und notwendige Schule des Lebens; sie kann „bis an die Pforten des Letzten heranführen". E. Bien - Wien.

b) Individualpsychologie

Adler, Alfred (Wien), **Rauschgift.** Intern. Zschr. Ind. Psych. 1932. Bd. 10. H. 1. S. 1—19.

Die Rauschgiftsucht ist eine typische Neurose, entspringt dem Gefühl der Minderwertigkeit gegenüber dem Leben, dem Nichtgewachsensein gegenüber der Aufgabe, besonders bei in der Kindheit verzärtelten Menschen. Im Rausch werden Störungen des Selbstwertgefühles spielend überwunden. Die Leichtigkeit dieses Sieges und die Tiefe der später einsetzenden Depression — Kater, Entziehungserscheinungen — machen den Wiederholungszwang besonders unwiderstehlich. — Die These wird an einigen Beispielen durch indiv. psycholog. Analyse erläutert.

J. Maas - Karlsruhe.

Krausz, Erwin O. (Wien), **Biozentrische oder individualpsychologische Charakterkunde?** Ein Beitrag zum Problem der Distanz. Intern. Zschr. Indiv. Psych. 1932. Bd. 10. H. 1. S. 19—29.

Polemische Auseinandersetzung mit den von Prinzhorn (Charakterkunde der Gegenwart (s. S. 126) und von v. Niederhöffer (Bd. 4 S. 685) gegen die Ind. Psychol. erhobenen Einwände. Die an sich günstige Position, in der sich Kr. bei seiner Abwehr befindet — die gegnerischen Äußerungen tragen deutliche Zeichen affektiver Übersteigerung und mangelnden Verständnisses für die tiefen Werte der Ind. Psychol. — wird durch eigene Affektgeladenheit und fehlenden Sinn für die Klarheit und Präzision der deutschen Sprache schwer beeinträchtigt. (Ref. will es scheinen, als sei das Niveau, auf dem dieser Weltanschauungskampf ausgetragen werden soll, zur Aufhellung oder gar Lösung derart schwerer Fragen völlig ungeeignet.) J. Maas - Karlsruhe.

*** Crookshank, F. G.** (London), **Individual Psychology, Medicine and the bases of Science.** (Indiv.-Psychol., Medizin u. d. Grundlagen d. Wissenschaft.) C. W. Daniel Co., London 1932. S. 72, sh. 2/6.

(Teil I. S. Ref. S. 237.) Im zweiten unternimmt es C., der Ind.-Psych. ihren philosophischen Ort anzuweisen, und beschwört zu diesem Ende Religion, Philosophie und Erkenntnistheorie aller Völker und Zeiten, ohne dabei seiner eigenen Phantasie die nötigen Zügel anzulegen. Die Art des Dämons, von dem C. bei Ab-

fassung dieser Arbeit besessen war, erhellt wohl am besten aus den folgenden, der Einleitung entnommenen Sätzen: „Die kurz- oder rundschädeligen östlichen Völker haben sich gemeinhin zu einem abstrakten oder ethischen religiösen System bekannt, — wie z. B. zum Buddhismus, Konfuzianismus, Taoismus oder Ahnenkult — und haben Krankheit und Leiden als Störung oder Minderung der Persönlichkeit angesehen: als Abgleiten von einem Zustande der Vollkommenheit und Ganzheit. Andrerseits haben die vorwiegend langschädeligen weißen oder schwarzen Menschen, deren Religion, — sei es nun Hinduismus, Judentum, Christentum oder Islam, — sich auf Dämonenglauben, Opfer, Blutvergießen und gewaltsame Bekehrung oder Vernichtung Andersgläubiger gründet, Krankheit und Leiden als Folgen schlimmer Einflüsse irgendwelcher Schädlinge aufgefaßt, — seien es nun böse Geister oder Mikroben." In Verfolgung dieser Gedankengänge werden dann A. Adler, Sokrates und Hippokrates der Östlichen Philosophie, — Adler der Confuzius des modernen Europa, — Freud, Galen und Aristoteles der sehr anrüchigen westlichen zugeteilt, und dies mit reichlichstem Aufwand an philosophischen Schul- und Fachausdrücken. Ref. will es scheinen, als ob Adler diese Verwechslung seiner aus der Analyse neurotischer Symptome gewonnenen Erkenntnisse mit den Dogmen der Christian Science nicht verdiene, und als ob, wie schon einmal gesagt, solche Jünger ihm und seiner Lehre mehr Schaden als Nutzen bringen könnten. J. Maas-Karlsruhe.

Schairer, I. B. (Stuttgart), **Die Individualpsychologie als Wissenschaft von den aktiven Seelenkräften.** Int. Zschr. Ind.-Psych. 1932, Bd. 10, H. 2, S. 102—110.

Den Vorwurf, daß seelenkundliche Einstellung weichlich, lahm und energielos machen müsse, sucht Sch. dadurch zu widerlegen, daß er zeigt, wie sehr gerade die Ind.-Psych. mit ihrer Bejahung des Mutes, des „Handelns aus freiem Jasagen" die aktiven Seelenkräfte fördert. Was durch psychologische Schulung gehemmt wird, ist nur das explosive, affektgeladene, und das selbstgefällige Tun. Die schöpferische, dem eigensten Wollen oder Müssen entstammende Handlung kann durch die der Ind.-Psych. immanente Forderung nach Bewährung in der Gemeinschaft nur im besten Sinne beeinflußt werden. „Wer voll in der Ind.-Psych. steht, wird weniger tun, aber mehr schaffen. Sicherlich wird er weniger verderben."

J. Maas-Karlsruhe.

c) Hypnose

Billström, Jacob, Experimentelle Studien über Hypnotismus. Acta Soc. Medic. Suecanae, 1931, Bd. 57, S. 167—172.

Besprechung einer Reihe von Fällen aus den Studien von Alrutz (Inst. f. psych. Forsch. Uppsala). Die Möglichkeiten in der Praxis sind für solche Studien gering, nur bei besonderer Eignung und besonderem Entgegenkommen der Pat. sind sie möglich und liefern brauchbare Resultate. Die erzielten vegetativen Erscheinungen waren: Aufhebung, bezüglich Herabsetzung der Schmerzempfindungen, motorische Reizungen, Erytheme und Dermographie. Die Art der ausgeführten Passes (Richtung usw.) spielte dabei scheinbar eine große ursächliche Rolle, auch war interessant zu beobachten, wie das Auftreten von Dermographie und Erythem von der „Vorbehandlung" des betreffenden Hautgebietes hinsichtlich seiner Sensibilität abhängig erschien. Tiefster Somnambulismus ist nicht unbedingt erforderlich. In einem Falle traten Muskelerscheinungen auf, wenn der Experimentator nahe genug heran

kam, ohne zu berühren. Die Erklärung der Phänomene läßt die Fragestellung vorsichtigerweise offen: Es werden teils die Passes nicht für unbedingte Erfordernisse bei der Einschläferung, teils aber wird der Gegenbeweis für das Vorhandensein einer — von Alrutz behaupteten — neurodynamischen Strahlung nicht für unbedingt erbracht gehalten. Die motorischen Phänomene gelangen nur, wenn auch der Experimentator die Körperwärme bei der Annäherung empfinden konnte. Die Zeigeversuche sind wohl Dressurphänomene. Endlich wird auf die anatomischen Fragen des Ablaufs der Erscheinungen eingegangen. Zum Schluß glaubt B. für die Passes annehmen zu müssen, daß bei ihnen ein erotisches Moment auf Seiten des Kranken mitwirkt, weshalb bei ihrer Anwendung Vorsicht geboten sei.

W. Leschmann - Bamberg.

d) Suggestionstherapie

Gartner, Pal (Budapest), **Die Tiefenpsychologie der Suggestivbehandlungsmethoden und die inhaltliche Revision des Suggestionsbegriffes.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931. S. 239—245.

Die Ps.A. ist geeignet, den revisionsbedürftigen Begriff der Suggestion zu klären, und dies besonders an Hand jener Fälle, die sich vor der analytischen Behandlung bereits dieser oder jener, zeitweise erfolgreichen suggestiven Therapie unterzogen hatten. Und gerade hier erweist es sich, daß die Suggestion nicht nur durch die „ichfremde Vorstellung" wirkt, sondern durch das „aktive Verhalten des Suggerierten" im Sinne E. Straus, durch die „Korrespondenz des Unbewußten", durch die Heilungsbereitschaft des Kranken und die Übertragung auf den Suggestor. Die physiko- und hydrotherapeutischen, die Verbal- und anderen Suggestivmethoden sind aber nicht und in keiner Weise imstande, den psychischen Konflikt zu lösen und die Grundlage der Krankheit zu beseitigen. Der Konflikt, der zur Neurose führt, ergibt sich aus der „Gleichgewichtsstörung der Über-Ichelemente, des Über-Es und des Über-Ich". Die Wirksamkeit der Suggestion wird beschränkt durch den „infantilen Bau der Über-Ichkonstruktion" des Kranken und der Unmöglichkeit einer „Dosierung des Medikamentes". So hängt es eben vom Zufall und von der Einstellung des Suggerierten zum Suggestor ab, ob mit Hilfe des Arztes die spezifischen seelischen Eigenheiten des Patienten auf affektiv und inhaltlich gleiche Vorstellungen gebracht werden können. Die kausale Psychotherapie, besonders die aktive analytische Methode Stekels, ist, weil sie in den „Über-Es-Über-Ichkonflikt" rational eingreift, der Suggestion bei weitem vorzuziehen.

E. Bien - Wien.

e) somatische Momente

Boenheim, Kurt (Berlin), **Die Bedeutung somatischer Behandlungsmethoden im Kindesalter.** Ber. VI. Allg. ärztl. Kongreß f. Psychotherapie 1931. S. 108—113.

Im Kindesalter haben Symptome oft einen anderen Charakter als bei Erwachsenen, sind psychologisch weniger tief fundiert, flüchtiger und leichter zu beeinflussen. Der therapeutische Hebel darf daher viel mehr am Symptom angesetzt werden, Einwirkung auf das Ganze der Person ist trotzdem möglich. Viele Symptome manifestieren sich an Organen, den Schwierigkeiten entsprechend, die dem Kinde bei der Auseinandersetzung mit seiner Körperlichkeit in Nahrungsaufnahme, Schlaf, Reinlichkeitsgewöhnung usw. erwachsen. Die Behandlung solcher Fälle kann oft eine somatische sein, wie überhaupt somatische Behandlung in der

Kinderpsychotherapie einen breiten Raum einzunehmen hat und auch bei rein psychischen Symptomen nicht zu entbehren ist — man denke nur an die Mithilfe von Beruhigungsmitteln bei Erregungszuständen und Schlafstörungen. Klare Indikationsstellung wird dem Kinderarzte jedoch nur dann möglich sein, wenn er über tiefenpsychologische Schulung verfügt. J. Maas - Karlsruhe.

*** Schaeffer, Henri** u. **Elio Biancani** (Paris), **Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses.** (Physikalische Agentien in d. Behandl. d. Nervenkrankh.) Masson & Cie, Paris 1932. 189 S. Fr. 20.—.

Einleitend werden die verschiedenen physikalischen Verfahrensweisen übersichtlich zusammengestellt: Gleichstrom, kontinuierlich oder unterbrochen, Wechselstrom, statische Elektrizität, ultrarote, Licht- und ultraviolette Strahlen, weiche Röntgen- und Radiumstrahlungen, Hydrotherapie, Klimato-, Balneo- und Bewegungstherapie. Sodann wird der Versuch einer Klassifikation nach Wirkungsweisen unternommen, worauf die Darstellung der Anwendung bei den einzelnen organischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems folgt. Im letzten Abschnitt werden die funktionellen Störungen behandelt — Organneurosen —, denen gegenüber den organischen Störungen i. e. S. keine Sonderstellung zuerkannt wird und bei welchen die physikalische Therapie als solche und durch ihre psychotherapeutische Seite wirksam werde. Dabei werden Methoden genannt, die z. T. bei uns kaum angewendet werden, wie z. B. die „transzerebrale Kalzium-Ionisation" nach Bourgignon bei Spasmen im Fazialisbereich oder die Anwendung hochfrequenter Entladungen im „Kondensatorbett" bei asthenischen Zuständen. Als Darstellung einmal der in anderen Ländern verwerteten Methoden, sodann aber als Zusammenfassung der physikalisch-therapeutischen Gesichtspunkte ist die kleine Schrift zweifellos lesenswert. R. Allers - Wien.

Scharpff, W. (Sanat. Schloß Hornegg a. Neckar), **Über Entziehungskuren mit Pernocton.** Dtsche. med. Wschr. 1931. H. 50. S. 2103—2104.

Nach einer Vorperiode von 3—4 Tagen, in welchen Pat. noch soviel Opiat erhält, daß eben keine Entziehungserscheinungen auftreten, wird noch einmal morgens die gewohnte Opiatdosis, dann nach reichlichem Frühstück Pernocton intravenös u. zw. 1 ccm weniger als die berechnete Maximalmenge (1 ccm auf 12,5 kg Körpergewicht) injiziert, langsam, 1 ccm pro Min. Bei auftretender Unruhe nach Tisch eine 2. Injektion, auf alle Fälle nach dem Abendessen die Maximaldosis. Morgendliche Unruhe ist mit kleinen Dosen Luminal oder Medinal zu bekämpfen. Am 3., meist am 4.—5. Tag kann die P.-dosis durch Weglassen einer Injektion verringert und durch Adalin, Abasin oder Luminal ersetzt werden. Nach weiteren 2—4 Tagen ist die P.-kur beendet. An den kritischsten Tagen — 3., 4. — muß bei sehr heftigen, besonders nächtlichen Entziehungserscheinungen an 1 oder 2 Abenden Scopolamin gegeben werden. Die Gesamtdauer der Kur ist 6—11 Tage. Zu früh aufzuhören ist verfehlt. Mit Beendigung der Kur sollen auch die anderen Mittel weggelassen werden; es wird nur tagsüber etwas Brom, abends ein leichtes Schlafmittel gegeben. Für die P.-tage besteht weitgehende Amnesie. Am Ende der 1. Woche nach Schluß tritt meist ein Verstimmungszustand ein, sowohl bei eigentlich Süchtigen als bei irgendwie (Operation usw.) an das Mittel Gewöhnten, für welch letztere S. eine „tiefschürfende Psychotherapie" für unangezeigt hält: Hauptsache sei, daß Pat. wieder an sich, an seine im Kern gesunde Natur zu

glauben lerne. Jener Verstimmungszustand sei durch geeignete Psychotherapie, vor allem durch Zuspruch in autoritativ-suggestiver Weise leicht zu beheben.

R. Allers-Wien.

f) Sonstiges und Allgemeines

* **Chadwick, Mary, Nursing Psychological Patients** (Pflege psychisch Kranker). G. Allen & Unwin, London 1931. 256 S. Sh. 10.—.

Ch., der wir mancherlei Beiträge psychotherapeutischen oder pädagogischen Gehaltes verdanken und die bereits ein Werk über Psychologie für Krankenpflegerinnen veröffentlicht hat, unternimmt es hier, genauere Angaben über Natur, Verlauf, Symptome hauptsächlich bei Neurosen, aber auch bei einigen Psychosen und die sich ergebenden pflegerischen Gesichtspunkte faßlich darzustellen. Einer historischen Einleitung folgt eine Art Neurosenpathologie, in welcher nach Beschreibung von Hysterie (Angst- und Konversionsh.), Neurasthenie, Hypochondrie und Zwangsneurose ein gut gelungenes Kap. der neurotischen Störung des Kindesalters gewidmet ist. Originell ist die ausführliche Beschreibung der Krankheitsbilder bei den Geschlechtern. Allerdings ist nicht ganz einzusehen, warum Dementia praecox, psychogene Epilepsie und akute Depression gerade beim männlichen Geschlecht häufiger sein sollen; zumindest, was das letztgenannte Zustandsbild anlangt, wird man einigermaßen zweifeln dürfen. Schließlich wird von Alkoholismus, Suchten und Kriegs-Schock gehandelt. Das ständige Drängen auf wirkliches Verständnis des zu betreuenden Kranken und die vielen klugen und oftmals unmittelbar praktischen Bemerkungen lassen erkennen, daß die gestellte Aufgabe in diesem, auch gut geschriebenen Werke trefflich gelöst wurde und daß es zweifellos großen Nutzen stiften wird. R. Allers-Wien.

Mohr, Fritz (Düsseldorf), **Die direkte Verständigung mit dem Unbewußten durch Träume und andere Symbole.** Ber. VI. allg. ärztl. Kongr. Psychother. 1931. S. 179—186.

Bei Kindern, bei nicht gebildeten oder begrifflich nicht geübten Pat., bei solchen, die für die psychotherapeutische Behandlung nur wenig Zeit zu erübrigen vermögen oder auch in Analysen, in denen die Zusammenarbeit auf einen toten Punkt angelangt zu sein scheint und zu stocken droht, verwendet M. ein, wenn auch theoretisch unbeschwertes, so doch praktisches und zeitsparendes Verfahren, das auf eine direkte Anregung und Äußerung des Unbewußten abzielt, mit Umgehung aller rationalen analytischen Aufklärungen, die bei widerstrebenden Pat. nur Widerstände, bei Un- und Halbgebildeten moralische Entrüstungsaktionen hervorrufen. Voraussetzung dieser Technik ist allerdings die Kenntnis vom Wesen des Pat. und ein intuitives Erfassen seiner Reaktionsweise auf die psychische Behandlung. Der Arzt kann dabei auch methodisch vorgehen, indem er sich der Wort- und Tatsymbole seiner Pat. bedient. Das Material für die Wortsymbolik erlangt M., indem er den Pat. z. B. wie ein Kind behandelt, ihn mit „Du“ anredet, ihm Märchen erzählt oder, wenn Pat. durchaus keine Träume reproduzieren kann, ihn selbst Märchen erzählen läßt, indem er ihm ferner von Dritten berichtet, die er an den vermuteten oder erkannten Komplexen des Pat. leiden läßt u. dgl. m. Auch bei der Behandlung von Träumen glaubt M. sich mit der einfachen Mitteilung des Traumes im Sinne der Entlastung des Unbewußten begnügen zu dürfen. Schon die einfache Traumwiedergabe wirkt entspannend und Pat. ist dem Arzte dankbar, der ihn mit dem „groben Geschütz rationaler Deutung“ verschont. Die Tat-

symbolik besteht zunächst in der äußeren Haltung des Arztes (autoritativ, väterlich, freundschaftlich usw.) und der Anwendung suggestiver körperlicher Verfahren (Elektrizität, Massage). Tritt etwa wegen der Schmerzhaftigkeit der Prozedur eine akute Trotzreaktion ein, dann wird man zuweilen auch hier ohne rationale Erklärung auskommen können, wenn man dem Pat. nur klar macht, daß er eben an Stelle des Schmerzvollen etwas Lustvolles erwartet hat. Auch Zeichnungen werden zum Hilfsmittel der direkten Verständigung mit dem Unbewußten, ohne den Umweg über das bewußte Denken des Pat. E. Bien-Wien.

Schultz, I. H., Oberstufe des autogenen Training und Raya-Yoga. Zschr. Neurol. 1932, Bd. 139, H. 1, S. 1—34.

In ausführlicher, viele Angaben wörtlich bringender Darstellung schildert S. die Stufen — Angas — des Heilsweges der Yogatexte. Er unterscheidet mit Rösel (s. Bd. 2, S. 106) deren 8, von denen die letzten 3 dem Rajayoga (Hauptyoga) angehören. Zwischen diesem und der Oberstufe des a. Tr. bestehen deutliche Beziehungen, denen S. nachgeht. Er unterstreicht mehrfach und nachdrücklich, nicht nur daß diese Oberstufe die prompte und sichere Beherrschung der Unterstufe voraussetze, sondern auch, daß bei den ihr zugehörigen Übungen auf Wahl der Personen und Kontrolle durch einen erfahrenen und kenntnisreichen Führer strenge zu achten sei, weil ansonsten unerwartete Schäden infolge von Durchbrüchen aus der Tiefe entstehen könnten. Die im einzelnen nicht referierbaren Angaben bringen interessante Bemerkungen auch aus den Grenzgebieten zur organischen Neurologie und Neurophysiologie, so über postenzephalitische Blickkrämpfe, die mit Bonhoeffer u. a. als fragmentarische Schlaferscheinungen aufgefaßt werden und so eine Deutung für die Rolle der Innervation der Augenäpfel nach innen-oben in der gehobenen Stufe des a. Tr. beistellen. Anknüpfungen ergeben sich auch zu Problemen der Psychologie der Farberlebnisse, des Schauens abstrakter Gegenstände und des von Personen wie der eigenen Person. Von hier aus gelingt es auf Fragen des Versuchsleiters oder der Vp. selbst „Antwort aus dem Unbewußten" zu erhalten und zu Klärungserlebnissen aufzusteigen. (Nebenbei bemerkt: hier ergeben sich Ansätze, die einer Psychologie des Gewissens nützlich sein könnten. Ref.). Die inhaltsreiche Studie sei nachdrücklich der Beachtung empfohlen.

R. Allers-Wien.

* **Boenheim, Kurt** (Poliklin. f. nerv. u. schwererziehb. Kind. Kais. Friedr-Krankenh. Berlin), **Kinderpsychotherapie in der Praxis.** Berlin, Julius Springer 1932, IV, 136 Seiten. Geh. RM. 7.50, geb. 9.—.

B. hat sich mit sämtlichen Schulen und Richtungen eingehend auseinandergesetzt. Das gibt seinem Buch von vornherein eine Weite des Überblicks ohne Vernachlässigung der Tiefe, die dem Praktiker auf lange Sicht von entscheidendem Nutzen sein wird. B. vertritt den Standpunkt, daß es an der Zeit sei, die verschiedenen Schulen nicht mehr als einander diametral entgegengesetzt anzusehen. Vielmehr ergänzen sie einander. Und das nicht etwa nach freiem, willkürlichem Ermessen, sondern aus der Sache heraus. Daher kommt es zu einer so weitgehend differenzierten Auffassung von Struktur und Behandlungsmethode, wie sie der tatsächlichen Mannigfaltigkeit der Fälle allein angemessen ist. Er verzichtet überall da, wo es wirklich begründet und angängig ist, auf schweres Geschütz zugunsten kleiner Psychotherapie. Dies letztere Moment gibt dann dem Praktiker weite Möglichkeiten, ohne ihn zur Überschätzung seiner Reichweite zu verführen. Ausgehend von

einer allgemeinen Darstellung des heutigen Standes der Ps.-Th. kommt B. auf die speziellen Themen der Kinderpsychologie und -therapie; anschließend zu allgemeiner Darstellung der verschiedenen therapeutischen Methoden. Der weitaus größte Teil des Buches ist dann der Erörterung der speziellen Krankheitstypen gewidmet. Deren Anordnung erfolgt vorwiegend nach anatomischen Gesichtspunkten, d. h. hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu Organen und Organsystemen. Gerade hierdurch wird ein unmittelbarer Anschluß an die heute noch vielfach vertretene rein somatische Auffassung hergestellt, ohne daß diese Ordnung nun ihrerseits Strukturelles präjudizierte. So wird eine gute Übersicht erreicht von Appetitlosigkeit und Erbrechen über Enuresis, Onanie, zu Angst, Tic, Herzneurose und Asthma, bei jedem Organsystem Vollständigkeit erstrebend und erreichend. Es fehlen nicht Richtlinien für die Psychotherapie bei akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen und Krüppelleiden. Auch außerhalb des „Körperlichen" liegende Erscheinungen, wie bestimmte Schwachsinnsformen werden angereiht. Etwa 200 Literaturangaben ermöglichen die Nachprüfung des Dargestellten.

H. Schultz-Hencke-Berlin.

VI. MISZELLEN

Anekdoten aus der psychotherapeutischen Praxis

I. Herr Dr. XY., vielbeschäftigter praktischer Arzt, klingelt an: „Ich habe hier einen Patienten, der seit vielen Jahren an Zwangsvorstellungen leidet. Es wird wohl eine Hysterie sein. Ich denke, Sie werden mit ein paar Hypnosen den Herrn wieder in Ordnung bringen.

II. Ich behandle seit Wochen einen älteren Herrn mit psychogenen Herzstörungen. Er wird nach einem Angstanfall ohne mein Wissen wieder einmal von befreundeter Seite zum Röntgen geschickt. Der Röntgenfacharzt, ein wesentlich jüngerer Kollege berichtet mir, daß er außer einer kleinen Hilusdrüse, die vielleicht auf den Vagus drückt, nichts gefunden hat. Er fügt hinzu, daß er den Patienten auf die gute Heilwirkung des Baldrian in solchen Fällen aufmerksam gemacht habe, und daß er glaube, mit dieser Äußerung in meinem Sinne gehandelt zu haben. E. J.

Mit einer Beilage des Verlages S. Hirzel in Leipzig, betr. Kunkel, Charakter, Liebe und Ehe

Gedruckt bei A. Heine G. m. b. H., Gräfenhainichen — Printed in Germany